ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE



JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

7.me ANNÉE. — TOME XIX.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie Royale de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.

1829.

COLLABORATEURS.

Les Auteurs qui jusqu'ici ont fourni des travaux aux Archives, ou se sont engagés à en fournir, sont MM. : Adelon, profess. à la Fac. de Méd. ; Andral fils, prof. à la Fac. ; Barinet, prof. de phys. : Béclard, prof. à la Fac. : Blache, D. M. : Biett, méd. de l'hôpital Saint-Louis : Billard, D. M. : Blandin, chir. du Bureau cent. des hôpit. : Bouillaud, D.-M. : Bousquet, memb. de l'Acad. : Breschet, chir. ordinaire de l'Hôtel-Dieu : Bricheteau, memb. de l'Acad. : Chomel, prof. à la Fac. : J. Cloquet, chir. de l'hôp. St.-Louis : H. Cloquet, memb. de l'Ac. : Coster, D.-M. : Coutanceau, méd. du Val-de-Grâce : Cruveilhier, professeur à la Fac. : Cullerier, chir. de l'hôp. des Vénér. : Dance, agrégé à la Fac. : Defermon, D.-M. : Desmoulins, D.-M. : Desormeaux, prof. à la Fac. : Dezeimeris : P. Dubois, chir. de la Maison de Santé : Dudan, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg : Dumeril, memb. de l'Inst. ; Dupuytren, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu ; Edwards, D.-M. : Esquirol, méd. en chef de la maison d'Aliénés de Charenton : Ferrus, méd. de Bicêtre : Flourens, D.-M. : Fodera, D.-M. Fouquier, prof. à la Fac. : Genest, D. M., chef de clin. à l'Hôtel-Dieu : Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut : Georget, memb. de l'Acad. : Gendy, chirurg. de la Pitié : Goupil, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Strasbourg : Guersent, méd. de l'hôp. des Enfans : de Humboldt, membre de l'Institut : Husson, méd. de l'Hôtel-Dieu : Itard, méd. de l'Institution des sourds-muets : Julia Fontenellee, prof. de chimie : Laennec, prof. à la Fac. : Lagneau, memb. de l'Acad. : Lallemand, prof. à la Faculté de Montpellier : Landré-Beauvais, Doyen de la Fac. : Lebidois, D.-M. : Lisfranc, chirurg. en chef de l'hôpital de la Pitié : Londe, memb. de l'Acad. : Louis, memb. de l'Acad. : Marc, membre de l'Acad. : Marjolin, prof. à la Fac. : Martini, D.-M. : Menière, D.-M. : Mirault, D.-M. : Murat, chirurg. en chef de Bicêtre : Ollivier, memb. de l'Acad. : Orfila, prof. à la Fac. ; Oudet, D.-M. Dentiste, memb. de l'Acad. : Pinel, membre de l'Institut : Pinel fils, D.-M. : Raige-Delorme, D.-M. Ratier, D.-M. : Rayer, méd. de l'hôp. Saint-Antoine : Richard, prof. de botanique : Richerand, prof. à la Fac. : Richond, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg : Roche, memb. de l'Acad. : Rochoux, memb. de l'Ac. : Rullier, méd. de la Charité : Rostan, méd. de la Salpêtrière : Roux, prof à la Fac. : Sanson, chir. en second de l'Hôtel Dieu : Scoutetten, D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Metz : Sécalas, memb. de l'Acad. : Serres, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : Trousseau, agrégé à la Faculté : Vavasseur, D.-M. : Velpeau, agrégé à la Faculté, chir. du Bureau central des hôpitaux, etc. etc.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1828.

De la phlébite utérine et de la phlébite en général considérées principalement sous le rapport de leurs causes et de leurs complications; par M. DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* (II.e article.)

Obs. XII.e — *Inflammation de la veine basilique gauche, survenue à la suite d'une saignée et sur la fin d'une péripneumonie qui touchait à une terminaison favorable. Accidens nombreux et rapides dans leur marche. Vastes suppurations autour et dans les articulations scapulo-humérales, et à la partie inférieure antérieure du cou. Pneumonie avec hépatisation à gauche, pleurésie à droite, abcès et noyaux purulens dans le poumon du même côté, inflammation et ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac.* — Un cocher, âgé de 20 ans, d'une belle stature et d'une bonne constitution, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 15 mars 1828, atteint depuis deux jours d'une pleuro-pneumonie à droite, caractérisée par tous les symptômes ordinaires à cette maladie. Le traitement fut employé avec beaucoup de vigueur; du 17 au 23, six saignées copieuses, et toutes recouvertes d'une couenne inflammatoire épaisse, furent pratiquées. Le 24,

tous les symptômes étaient enrayés; le côté droit de la poitrine, qui était mat à la partie inférieure, avait récupéré presque entièrement sa sonoréité naturelle; l'auscultation donnait les résultats les plus favorables; enfin, le malade paraissait entrer en convalescence. Le 25, un léger purgatif, composé d'huile de ricin et de sirop de nerprun, fut administré, afin de compléter la résolution de l'inflammation pulmonaire par une révulsion sur le canal intestinal; la langue était d'ailleurs molle, humide et large. Ce purgatif provoqua plusieurs évacuations alvines qui obligèrent le malade à quitter son lit : pour y satisfaire, il se refroidit un peu, et le soir même il éprouva un grand frisson; bientôt après une douleur très-vive se déclara au milieu du pli du bras gauche, où plusieurs saignées avaient été pratiquées. Cette douleur avait été précédée par un léger engorgement qui s'était développé deux jours auparavant autour de la piqûre de la veine; elle s'irradia rapidement le long de la face interne du bras jusque dans le creux de l'aisselle; en même temps une douleur tout aussi vive se fit sentir sur la paroi antérieure et latérale droite de la poitrine. D'après ce caractère de mobilité, on pensa d'abord que ces douleurs étaient de nature rhumatismale; mais le 29, voici l'état dans lequel était le malade : Sur la veine médiane basilique du côté gauche existait une piqûre de saignée, dont les bords tuméfiés et entr'ouverts permettaient de voir jusque dans le fond de la veine. Cette ouverture fournissait une suppuration peu abondante, mais dont on augmentait l'écoulement en exerçant une pression de haut en bas le long du bras; à son pourtour on sentait un engorgement dur et douloureux à la pression, qui se prolongeait jusqu'à quatre pouces au dessus, en suivant le trajet de la veine basilique. Plus haut, la pression était moins douloureuse, et l'engorgement faisait suite à des nodosités qui s'étendaient

dans le creux de l'aisselle. La peau ne présentait aucune rougeur dans cette direction ; mais le bras paraissait généralement gonflé ; et le plus léger mouvement était supporté avec beaucoup de peine. Le moignon de l'épaule était en outre le siége d'une douleur très-violente, augmentant également par la pression et le mouvement. Le malade se plaignait encore d'une douleur non moins aiguë, répandue sur toute la face antérieure du côté droit de la poitrine ; en arrière et à la partie inférieure de cette cavité, la percussion était un peu moins sonore que dans l'état naturel ; le bruit respiratoire était faible, incomplet, sans mélange de râle et de bronchophonie ; mais une petite toux sèche revenant par saccades fréquentes ne permettait pas de bien apprécier l'état physique de la respiration. Les symptômes généraux étaient des plus graves et des plus alarmans : supination et prostration complètes ; face pâle, anxieuse et profondément altérée ; yeux caves ; ailes du nez agitées de mouvemens rapides de dilatation et de resserrement ; pouls petit, dépressible, très-fréquent. (*Des cataplasmes émolliens autour du bras, une tisane adoucissante, des lavemens de même nature ont été les seuls moyens employés depuis l'invasion de ces accidens, la mollesse du pouls ne permettant pas de renouveler les émissions sanguines.*)

Le 30, même altération des traits de la face, même anxiété dans la respiration. La douleur qui existait sur la paroi antérieure droite de la poitrine s'est étendue jusqu'à l'hypochondre du même côté. Le bras gauche paraît moins gonflé que la veille ; la suppuration qui s'écoule par l'orifice de la veine est moins abondante, le pouls est toujours fréquent et dépressible ; le bruit respiratoire est très-obscur à la base du côté droit de la poitrine. (*Vésicatoire au bras droit.*)

Le 31, toux plus fréquente, expectoration de crachats

pneumoniques ayant une couleur brune-fauve; douleur sourde dans la profondeur de l'un et l'autre côté de la poitrine; la face paraît moins altérée que la veille; mais le pouls est désespérant tant par sa fréquence que par sa mollesse, il dépasse 130 pulsations par minute. L'auscultation n'a point été pratiquée, vu l'état d'anxieté et d'accablement du malade.

Le 1.er avril, aucun changement, à part une douleur vive qui est survenue tout-à-coup dans le centre de l'épaule droite, analogue par son siége à celle qui existe à gauche; on n'aperçoit et on ne sent aucun engorgement autour des épaules, mais le moindre mouvement, la moindre pression exaspèrent ces douleurs.

Le 2, subdélirium; face violacée; langue rouge et sèche; soif intense; pouls mollasse et très-fréquent; respiration plaintive et entrecoupée; sueurs abondantes.

Le 3, face hippocratique; yeux rouges et égarés; délire sombre; langue rouge, sèche, encroûtée; cessation de toute douleur locale; pouls insensible; sueurs froides et visqueuses; mort à trois heures du soir.

Ouverture du cadavre le 5 à neuf heures du matin. — 1.° *Extérieur.* — Conformation régulière, faible rigidité cadavérique: la veine basilique du côté gauche ressemblait plutôt à une artère qu'à une veine, son volume égalait celui de l'artère crurale; ses parois étaient dures et épaissies; le tissu cellulaire qui l'environne était pénétré d'une lymphe plastique qui lui donnait une consistance comme squirrheuse; la cavité de cette veine était remplie d'un fluide puriforme, contenu lui même au centre d'une fausse membrane qui formait un cylindre creux et complet dans toute son étendue. Cette fausse membrane avait environ une demi-ligne d'épaisseur, une couleur jaunâtre, une consistance médiocre; elle adhérait faiblement à la membrane interne de la veine, la-

quelle ne présentait d'autre altération qu'une opacité et une blancheur insolites ; elle prenait naissance dans le point même où la veine médiane basilique avait été ouverte par la lancette, sans se prolonger dans les veines inférieures à celle-ci ni dans aucune collatérale, et se terminait brusquement à l'endroit où la basilique se jette dans l'axillaire ; là un gros caillot sanguin noir et mollasse semblait adhérer à la fausse membrane, et envoyait des prolongemens dans les veines voisines, jusque dans la veine cave supérieure. Du reste, toutes ces veines, les jugulaires externes et internes, les brachiales, les céphaliques, la basilique du côté droit, le cœur y compris, étaient dans l'état naturel.

L'articulation scapulo-humérale gauche était remplie de pus, et la capsule fibreuse de cette articulation environnée par un vaste foyer purulent qui s'enfonçait entre l'omoplate et le muscle sous-scapulaire. A droite, la même altération existait dans l'articulation scapulo-humérale ; le pus s'était également répandu entre la capsule et le deltoïde, mais n'avait point fusé sous l'omoplate ; enfin, au devant et à la partie inférieure du cou, sous la première couche des muscles qui tapissent cette région, existait encore un vaste abcès qui ne communiquait point avec les précédens ; la matière contenue dans ces foyers était opaque, épaisse, blanchâtre et sans odeur.

2.° *Tête.* — Aucune altération dans l'encéphale et ses membranes ; deux cuillerées environ de sérosité incolore dans la cavité des ventricules.

3.° *Poitrine.*—Épanchement pleurétique abondant dans le côté droit de cette cavité ; fausses membranes molles et récentes tapissant toute l'étendue de la plèvre ; et envoyant des prolongemens qui s'étendaient de la paroi pectorale à la face externe du poumon. Ce viscère était refoulé vers sa racine, et affaissé des deux tiers environ de

son volume naturel; il était sain dans la majeure partie de son étendue, mais en quelques points on voyait plusieurs engorgemens arrondis, de couleur blanchâtre, se résolvant en du véritable pus, de manière à laisser à leur place autant de cavités creusées dans le parenchyme même du poumon. Un de ces engorgemens, du volume d'une aveline, occupait le sommet de cet organe; un autre plus volumineux était situé à sa base, immédiatement sous la plèvre pulmonaire et en contact avec la voûte du diaphragme qui paraissait en porter l'empreinte, car il était très-rouge dans le point correspondant; un troisième, plus petit, formait un noyau compacte, dur et noirâtre, semblant être le premier degré de cette altération: les autres étaient disséminés dans le lobe inférieur; on en comptait environ une dixaine. Dans le côté gauche de la poitrine, il n'existait point d'épanchement, point de traces de pleurésie, point de noyaux purulens dans le poumon; mais le lobe inférieur de ce viscère était rouge-brun, granuleux, pesant, hépatisé au second degré: cette lésion n'offrait du reste aucune différence d'avec celle qu'on rencontre ordinairement à la suite de la pneumonie.

Le cœur contenait une petite quantité de sang fluide.

Abdomen. — Foie volumineux et rougeâtre; rate de couleur lie de vin, se déchirant avec la plus grande facilité; reins fermes et pâles; membrane muqueuse gastrique ramollie à la consistance du mucus dans le grand cul de-sac de l'estomac, d'où partaient plusieurs autres rayons de ramollissement qui semblaient suivre la direction des plis longitudinaux de ce viscère, et dans le fond desquels on ne trouvait plus aucune trace de membrane muqueuse. Vers la région pylorique, cette membrane était épaissie, mamelonnée, d'une couleur ardoisée, et ponctuée çà et là. Les intestins grêles étaient tapissés par

une couche épaisse de mucus jaunâtre, mais leur membrane muqueuse ne présentait aucune altération de couleur ou de consistance; il en était de même pour celle du gros intestin. La vessie était dans l'état naturel.

Les altérations que nous venons de décrire présentent des caractères remarquables, par leur nombre, leur siége, leur variété et la rapidité de leur développement. On est étonné de trouver sur le même sujet une réunion de maladies aussi graves, et qui semblent, au premier abord, indépendantes les unes des autres. Si l'on interroge cependant la marche et la succession des symptômes, on voit que le malade, atteint d'abord d'une pleuro-pneumonie combattue avantageusement par les émissions sanguines, a été pris inopinément d'une phlébite, au moment où il commençait à entrer en convalescence, et que, dès-lors, les symptômes les plus graves ont surgi tout-à-coup. Un frisson prolongé, suivi d'une douleur violente répandue dans le trajet de la veine basilique, a été le premier phénomène; bientôt le pourtour de cette veine s'est engorgé, l'orifice de la saignée s'est entr'ouvert et a fourni une suppuration assez abondante. N'est-ce pas dans l'inflammation de cette veine qu'il faut chercher le premier mobile de tous les accidens? En effet, peu de temps après, de nouveaux centres de douleurs sont survenus à la fois dans l'épaule gauche, dans le côté droit de la poitrine, et plus tard dans la profondeur de l'épaule droite, en simulant une affection rhumatismale, mais avec des caractères d'acuité bien autrement graves. L'ouverture du cadavre a suffisamment expliqué la violence de ces douleurs, qui correspondaient à de vastes collections purulentes. En même temps toute l'économie a été troublée, la face s'est rapidement altérée, le pouls est devenu fréquent et dépressible, un délire sombre s'est emparé du malade, qui est tombé dans la prostration la

plus complète et a succombé avec une insensibilité précédée des angoisses les plus cruelles. Ce trouble général n'a-t-il pas la plus grande analogie avec celui que nous avons observé dans le dernier degré de la phlébite utérine? Et, d'après l'enchaînement de ces symptômes, la marche rapide des lésions, leur prompte conversion en foyers purulens, n'est-on pas autorisé à penser que le pus sécrété dans la veine basilique enflammée a été transporté dans tous les points où ces foyers se sont développés, dans les articulations et à leur voisinage, comme nous l'avons observé quelquefois à la suite de la phlébite utérine, et dans le poumon droit, qui est devenu le siége d'engorgemens purulens entièrement semblables à ceux que nous avons décrits dans la même maladie? Si l'inflammation d'une seule veine est capable de produire des accidens aussi graves, qu'on juge de ceux qui peuvent survenir dans la phlébite utérine, où cent veines sont quelquefois enflammées en même temps.

Tous ces rapprochemens nous semblent confirmer la théorie que nous avons émise sur le mode de production des affections secondaires qui viennent si souvent compliquer la phlébite. Cette théorie nous paraît désormais à l'abri de toute objection, d'après l'épreuve à laquelle nous venons de la soumettre. En effet, quel rapport existe-t-il entre les veines du bras et celles de l'utérus, pour que l'inflammation de ces vaisseaux développe, dans l'un et l'autre cas, les mêmes lésions dans les poumons et les articulations? Dira-t-on que ces lésions sont un simple résultat d'irritations sympathiques, dont les effets ont été identiques, à cause de l'analogie de structure des veines dans toutes les parties du corps? Mais n'est-ce pas recourir à une hypothèse fondée elle-même sur une autre hypothèse? Car les sympathies sont des agens tout aussi mystérieux que les effets qu'on leur

attribue. Qu'on explique, si on le veut, par leur moyen, des phénomènes que la similitude des fonctions, la continuité ou la conformité des tissus, les communications nerveuses rendent probables entre certains organes; mais existe-t-il des sympathies de cette nature entre une veine enflammée et les poumons, le foie, la rate, le cerveau, lorsqu'une sorte de grêle purulente vient briser, pour ainsi dire, tout-à-coup la trame de ces organes? Objectera-t-on que, dans cette maladie, les veines étant ordinairement obstruées par des fausses membranes ou des concrétions sanguines, le transport du pus hors du canal veineux enflammé est physiquement impossible? Mais le pus, à l'état liquide, précède toujours la formation des fausses membranes, et lorsque, par les progrès de l'inflammation, elles se développent dans les veines d'un certain calibre, souvent il existe au centre de la fausse membrane un espace libre qui peut encore fournir un passage au pus. Une autre remarque à faire, c'est que, dans l'inflammation des veines utérines en particulier, le pus se concrète rarement en fausses membranes, et que les parois de ces vaisseaux, intimement adhérentes au tissu de la matrice, sont, par cette disposition, dans un état d'écartement propre à favoriser le passage des liquides qu'elles contiennent.

On demandera peut-être si nous attribuons à la pénétration du pus dans le torrent circulatoire les traces d'inflammation, et notamment le ramollissement qu'a présenté l'estomac chez le sujet dont il vient d'être question? Tout ce que nous pourrons affirmer à cet égard, c'est que, avant le développement de la phlébite, il n'existait aucun symptôme d'irritation gastrique, et que la langue n'a rougi et ne s'est desséchée qu'après l'invasion de cette maladie. Ne voit-on pas survenir fréquemment des symptômes d'inflammation de l'estomac et du

canal intestinal, lorsque de vastes foyers de suppuration, altérés par leur contact avec l'air, font supposer une résorption purulente de nature délétère ? Pourquoi n'en serait-il pas de même dans la phlébite qui, par elle-même et sans le secours de l'absorption, verse du pus dans les canaux sanguins, et de là dans le torrent circulatoire ? Les fièvres typhoïdes, qui paraissent dépendre d'une sorte d'empoisonnement miasmatique, infectant primitivement les liquides, ne donnent-elles pas lieu souvent à des altérations phlegmasiques de l'estomac et du canal intestinal ? Or, la pénétration du pus dans le torrent circulatoire n'est-elle pas un véritable empoisonnement des liquides, les mêmes effets ne doivent-ils pas résulter des mêmes causes ? Toutes ces idées nous semblent bien propres à ramener les esprits vers l'étude trop négligée des fluides, mais revenons à notre sujet.

M. Ribes, qui, depuis long temps, s'est occupé de l'inflammation des veines, a consigné, dans un travail extrêmement remarquable (1), le résultat de ses recherches, appuyées de plusieurs observations dont une, en particulier, se rattache à notre sujet. Nous ne saurions puiser nos exemples à une meilleure source : voici cette observation.

Obs. XIII.e — *Inflammation de la veine saphène interne survenue long-temps après une blessure ; abcès sous le grand pectoral et au sommet de l'un des poumons.* — Flicoteau, militaire invalide, âgé de 25 ans, canonnier, avait été blessé d'un éclat d'obus à la partie inférieure de la jambe gauche. La plaie fut long-temps à se cicatriser, mais elle finit par guérir complètement. Cet homme jouissait, depuis quelques années, d'une bonne santé, lorsque, sans cause connue, il tomba dans la tris-

(1) *Recherches sur la phlébite.* — *Revue médicale*, tome III. 1825.

tesse et la mélancolie. Sans souffrir, il éprouvait une sensation pénible qui lui faisait mal augurer de son état. Au bout d'un mois d'une apparence d'hypochondrie, il se plaignit d'une douleur située tout le long de la partie interne de la jambe et de la cuisse gauches. En examinant le membre, M. Ribes vit que la saphène interne était rouge, douloureuse et visiblement enflammée jusqu'auprès de l'aîne. Lorsqu'on touchait cette veine, le malade ressentait de très-vives douleurs, mais le sang contenu dans ce vaisseau y circulait très-librement. La cicatrice de l'ancienne plaie devint rouge, très-douloureuse, se tuméfia et prit le caractère inflammatoire. Un point gangréneux se manifesta au côté interne et inférieur de la jambe. Cette gangrène s'étendit bientôt, et les extrémités inférieures des deux os de la jambe se dénudèrent; le ventre devint douloureux, se tuméfia; la respiration, d'abord difficile, fut bientôt accompagnée d'un râle muqueux; le pouls, qui, dans les premiers temps, était petit et très-fréquent, ne tarda pas à devenir intermittent; le 13.e jour, le malade perdit connaissance, et il mourut le 15.e au soir.

A l'ouverture du cadavre, M. Ribes trouva l'extrémité inférieure du tibia et du péroné dénudée et abreuvée d'une sanie purulente; l'astragale ankylosé avec le tibia; les parties molles autour de l'articulation du pied étaient gangrénées; plus haut, les parties, unies par un tissu cellulaire serré, étaient comme lardacées; les artères du membre étaient dans l'état naturel; les veines de la cuisse et de la jambe avaient acquis une épaisseur considérable; la veine saphène, depuis la malléole interne jusqu'au genou, était rouge et très enflammée, elle contenait dans tout son trajet beaucoup de pus qui, dans certains endroits, était blanc bien lié, et dans d'autres, était un peu sanguinolent. Les vaisseaux lymphatiques de l'aîne étaient

très-dilatés, on pouvait y introduire un gros stylet, mais ces vaisseaux ne contenaient aucun liquide, ils étaient entièrement vides. Les intestins étaient enflammés dans plusieurs points; les viscères de la poitrine parurent sains. Un abcès volumineux existait sous le grand pectoral; il ne paraissait point être le résultat d'une affection locale; il semblait que ce pus avait été déposé là. A la partie supérieure gauche de l'intérieur de la poitrine, au sommet du poumon de ce côté, existait également un petit dépôt du volume d'une grosse noix. La plèvre et le poumon, entre lesquels ce pus se trouvait déposé, étaient parfaitement sains, et n'offraient point de caractères d'inflammation. Ce petit dépôt semblait vouloir s'enkyster, la couche extérieure du pus avait pris de la consistance et commençait à avoir le caractère membraneux. Cette sorte de membrane accidentelle était déjà adhérente, d'une part, au poumon, et de l'autre, à la plèvre. Le pus avait également été porté là; il n'était pas le résultat d'une inflammation locale, puisque les parties sur lesquelles il était placé n'étaient point altérées. La pie-mère était légèrement enflammée dans plusieurs points; il y avait un peu de sérosité dans les ventricules latéraux; la substance du cerveau était ferme et d'une consistance très-remarquable.

Cette observation n'a pas besoin de commentaire, le savant anatomiste, auquel nous l'avons empruntée, a pris soin d'avertir que les abcès développés sous le grand pectoral et au sommet du poumon gauche, n'étaient pas le résultat d'un travail local d'inflammation; il semblait, suivant ses paroles, que ce pus avait été déposé là. Nous dirons toutefois que le même auteur n'a point considéré le transport du pus et son mélange avec le sang, comme un accident très-général de la phlébite, et comme

la cause principale des désordres qu'on observe dans cette maladie ; mais il a connu toute l'importance que mérite l'étude des inflammations veineuses, affections qui se rattachent, dit-il, à un grand nombre de maladies dont la plupart sont extrêmement graves. Il a vu dans ces cas les mêmes symptômes dont nous avons parlé si souvent : le pouls petit, accéléré, intermittent (caractère sur lequel il insiste) ; le ventre ballonné, tendu, douloureux, la respiration difficile, l'haleine fétide, la langue sèche, aride, noirâtre ; les gencives et les dents fuligineuses : l'assoupissement, le délire, et bientôt la mort. A l'ouverture des cadavres, il a trouvé des traces d'inflammation dans plusieurs points de l'estomac et du canal intestinal, souvent la rate et le foie mous, de la sérosité épanchée dans la cavité des plèvres, surtout lorsque les poumons étaient affectés en même temps, la pie-mère de couleur rouge-foncée, l'arachnoïde adhérente et quelquefois recouverte d'une couenne albumineuse, les ventricules cérébraux remplis d'un liquide séreux-sanguinolent ; mais il ne fait point une mention particulière des abcès du poumon, du foie, de la rate, des articulations, etc., abcès qui, d'après nos observations, sont une des complications les plus fréquentes de la phlébite. Du reste, nous rappelerons bientôt les circonstances nombreuses dans lesquelles M. Ribes a vu survenir cette maladie.

Hogdson parle également des symptômes formidables que présente quelquefois la phlébite, mais sans indiquer les lésions variées auxquelles cette inflammation expose la plupart des organes. Lorsque cette maladie s'étend, dit-il, dans les principaux troncs veineux et qu'il y a du pus sécrété dans le vaisseau, elle est accompagnée d'une irritation constitutionnelle très-intense et de symptômes qui ont la plus forte ressemblance avec ceux de la

fièvre typhoïde ; il rapporte le fait suivant qui mérite d'être rapproché des précédens (1).

Obs. XIVe — *Inflammation des veines céphalique, brachiale, axillaire, sous-clavière, jugulaire interne et externe à la suite d'une saignée. Abcès dans les poumons, pleurésies concomitantes.* — Un soldat robuste, âgé de 36 ans, fut saigné au bras pour une ophthalmie qui fut diminuée par cette opération ; toutefois il survint de la fièvre, et cette fièvre s'accrut par degrés. Le 17.me jour après la saignée, le pouls était faible et présentait 120 pulsations par minute, la peau était chaude, la langue couverte d'un enduit brunâtre, la respiration difficile ; le malade se plaignait d'une grande prostration de forces et de douleurs à la tête, au dos et aux extrémités. La plaie de la veine s'était guérie, mais le jour qui suivit la saignée, une tuméfaction et une douleur considérables commencèrent à se manifester dans le bras et s'étendirent par degrés vers la partie supérieure. Le malade fut saigné de l'autre bras et on lui fit prendre divers médicamens. Les symptômes persistèrent jusqu'au 23e jour qu'on observa une tumeur douloureuse au-dessus de la clavicule. Quelques jours après on découvrit une autre tumeur molle, diffuse, au-dessus de l'angle de la mâchoire inférieure. Les symptômes s'accrurent lentement, la respiration devint plus pénible et plus difficile, le pouls offrait rarement moins de 120 pulsations par minute ; le malade éprouva du délire, et mourut dans le courant de la septième semaine après la saignée.

La dissection du cadavre fit voir les altérations suivantes : la veine céphalique, à l'endroit où l'on avait pratiqué la première saignée, ressemblait à une artère, tant par l'épaisseur de ses parois, que par la forme cir-

(1) Tome II, page 389, ouvrage cité.

culaire qu'elle conservait, lorsqu'on en faisait la division en travers. Elle était saine au-dessous de la partie piquée. A un pouce au-dessus, sa cavité était fermée, et cette oblitération s'étendait jusqu'à l'épaule. Les branches qui communiquaient avec la veine céphalique au pli du bras, se trouvaient saines. Les glandes absorbantes au-dessus de la clavicule étaient tuméfiées et endurcies. La veine jugulaire interne était très-dilatée, épaissie et dans un état d'induration, les effets de l'inflammation étaient manifestes dans tout son trajet; elle avait les apparences extérieures d'une artère, si ce n'est qu'elle était plus grosse que toute autre-artère, à l'exception de l'aorte. Les veines sous-clavière, axillaire, et la veine brachiale au pli du bras, offraient des apparences semblables. Les veines jugulaire externe et sous-clavière étaient épaissies, remplies de pus et tapissées de lymphe. Plusieurs des veines plus petites paraissaient dans un état semblable. L'inflammation, l'adhérence et l'induration devenaient tellement fortes à la partie supérieure du bras, qu'il y avait une difficulté extrême de suivre les vaisseaux et à les séparer de leurs connexions. Le cœur et la veine cave supérieure étaient dans l'état naturel. Les poumons renfermaient *quelques petits abcès*, et adhéraient à la plèvre costale partiellement du côté gauche et dans une plus grande étendue à droite. Un fluide séreux mêlé de lymphe se trouvait épanché dans la cavité thorachique. Le cerveau ne présentait rien de particulier; les ventricules renfermaient seulement une plus grande quantité de serosité qu'à l'ordinaire; les veines de la pie-mère étaient gorgées de sang.

Nous retrouvons dans ce fait, comme dans les précédens et avec une grande conformité de symptômes, non-seulement les traces d'une vaste phlébite, mais encore l'existence d'un certain nombre d'abcès dans les parenchyme pulmonaire, abcès que l'auteur ne fait qu'indi-

quer, pour ainsi dire en passant, sans les rattacher à l'inflammation veineuse.

Il est cependant juste de dire que Hogdson, frappé des symptômes anomaux que présente quelquefois la phlébite, et surtout de cet état de prostration qui donne à cette maladie quelque ressemblance avec le typhus, avait pensé que cette circonstance pouvait dépendre de l'étendue de la surface enflammée, mais qu'il n'était pas impossible qu'elle fût un effet produit sur le système nerveux par *le pus sécrété dans les vaisseaux et mêlé au sang en circulation* (1). L'examen et la comparaison de beaucoup de faits auraient sans doute amené cet auteur vers cette dernière opinion, car les symptômes typhoïdes se remarquent quelquefois, même lorsque l'inflammation veineuse est peu étendue, et d'ailleurs les altérations profondes et nombreuses qui surviennent dans ces cas ne peuvent s'expliquer, comme nous l'avons dit, par le simple effet d'une irritation *consensuelle*.

Depuis que ces idées sont devenues pour nous un point fondamental dans l'histoire de la phlébite, nous nous sommes rappelé un grand nombre de cas entièrement analogues à ceux que nous venons de citer, survenus à la suite de lésions traumatiques ou d'opérations chirurgicales ; nous n'en rapporterons qu'un seul, les autres ayant été observés d'une manière incomplète.

Obs. XV.e — *Inflammation des veines de l'avant-bras à la suite d'une amputation, symptômes généraux des plus graves, abcès multiples dans les poumons.* — Une femme âgé de 76 ans, fut reçue à l'Hôtel-Dieu dans le courant de janvier 1822, pour être traitée d'une affection cancéreuse qu'elle portait à l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche. Cette maladie datait de cinq ans,

(1) Tome II, pages 395 et 96.

et avait commencé par un tubercule indolent, long-temps stationnaire, qui siégeait au niveau de l'extrémité supérieure du premier os du métacarpe, Peu-à-peu des douleurs lancinantes se développèrent, le tubercule fit des progrès; à plusieurs reprises on essaya de le détruire par des applications caustiques qui ne firent qu'accélérer sa marche. Enfin, dans les derniers temps, les douleurs étaient devenues plus vives et plus rapprochées, le mal s'était converti en un vaste ulcère cancéreux qui intéressait non-seulement la peau, mais encore les os du métacarpe. Son étendue, sa profondeur, l'inutilité des moyens précédemment employés, firent penser aussitôt à M. Dupuytren qu'il n'y avait de ressource que dans l'amputation de l'avant-bras. L'opération fut pratiquée à quatre pouces au-dessus du cancer; elle fut courte, peu douloureuse et ne nécessita que la ligature de trois vaisseaux. La plaie fut rapprochée immédiatement dans les deux tiers supérieurs avec des bandelettes agglutinatives, et pansée à l'ordinaire. Tout alla bien pendant une douzaine de jours; la plaie fournissait une bonne suppuration et commençait à se réunir lorsqu'il survint tout-à-coup un frisson violent et prolongé, suivi de fièvre, de chaleur, de sueur et d'une grande soif, la langue se dessécha, devint noire et croûteuse. Le moignon se tuméfia légèrement, on fut obligé de relâcher les bandelettes. M. Dupuytren sachant depuis long-temps que les frissons qui surviennent dans ces circonstances, sont presque toujours l'annonce de quelque phlegmasie intérieure, principalement dans les viscères pectoraux, fit appliquer huit sangsues sur chaque côté de la poitrine, quoique la malade n'accusât de douleur en aucune partie.

Le lendemain et jours suivans : suppuration de la plaie moins abondante que de coutume; langue toujours sèche, soif vive, aucune gêne apparente dans la

respiration. Au 6me jour : affaissement et prostration considérables ; état blafard de la plaie, teinte jaunâtre-sale de la peau. Au 7.e : regard éteint, face étirée, bouche entre-ouverte, réponses tardives et incertaines, respiration entre-coupée, sans être notablement gênée, l'auscultation pratiquée à la base de la poitrine ne faisait entendre que du râle muqueux. Au 9.e : affaissement extrême, face entièrement décomposée, langue noirâtre, écailleuse, ne pouvant être tirée hors de la bouche, yeux rougeâtres et ternes, pouls insensible ; mort la nuit suivante.

Ouverture du cadavre. — Plusieurs petits foyers purulens existaient dans l'interstice des muscles qui terminent le moignon, on voyait même du pus dans les canaux médullaires des os dont les extrémités étaient noirâtres et dénudées. Les veines radiale et cubitale profondes étaient enflammées jusqu'à leur embouchure dans les brachiales ; elles contenaient du pus et des fausses membranes; leurs parois étaient épaissies, plusieurs veines adjacentes, moins volumineuses, présentaient la même altération, mais les veines du bras étaient dans l'état naturel. Les lobes inférieurs des poumons offraient une couleur rouge-brune : cinq à six abcès de la grandeur d'une aveline, existaient à la surface de chacun d'eux, les uns étaient entièrement convertis en foyers liquides; les autres ne présentaient que du pus à l'état d'infiltration. Les deux plèvres étaient tapissées par des fausses membranes molles et minces, et contenaient chacune environ six onces d'un liquide rougeâtre. La membrane muqueuse du canal digestif était partout dans l'état naturel, à l'exception du cœcum où elle offrait une couleur rouge et une injection assez marquée ; le cerveau, le foie, la rate, n'ont rien présenté de particulier.

J. Hunter, dont les travaux ont puissamment concouru

à éclairer l'histoire des inflammations veineuses, avait un des premiers reconnu que cette maladie se développait quelquefois à la suite des amputations ; c'est même à cette phlegmasie qu'il attribuait le gonflement et la douleur qui, dans certains cas, s'emparent du moignon ; mais ses effets ne se bornent point à la surface traumatique, comme nous venons de le voir. La malade qui fait le sujet de l'observation précédente est tombée tout-à-coup, à la suite d'un violent frisson, dans un état fort analogue à celui qui est propre aux fièvres adynamiques : prostration considérable, langue sèche et noirâtre, stupeur, insensibilité, absence complète de douleur, quoique l'ouverture du cadavre ait fait découvrir des lésions profondes dans des organes pulmonaires, des abcès en tout semblables par leur siége, leur forme, leur étendue, à ceux que nous avons vu survenir dans la phlébite utérine. Qu'on y prenne bien garde, ces accidens ne sont point rares à la suite des amputations : on les observe encore dans une foule d'autres cas chirurgicaux que nous allons énumérer brièvement : dans les fractures et surtout dans celles qui sont compliquées d'ouverture à la peau, d'esquilles et de suppuration abondante ; à la suite de la gangrène (1) ; dans les varices, les ulcères variqueux, les ulcères avec carie des os ; dans la pourriture d'hôpital, les engelures, l'érysipèle (2) qui, suivant M. Ribes, a

(1) Ces cas ont été déjà indiqués par J. Hunter. Nous remarquerons, relativement à la gangrène, qu'elle est quelquefois un effet et non une cause de la phlébite.

(2) On peut voir dans le mémoire de M. Ribes, des observations de phlébite survenues à la suite de la plupart de ces maladies. Le même auteur ayant trouvé des traces d'inflammation dans le tronc et les branches de la veine porte ventrale, chez presque tous les sujets morts de fièvre adynamique, a pensé que les veines et le sang veineux étaient principalement altérés dans cette mala-

essentiellement son siége dans les veines capillaires ; à la suite de l'opération de la taille par le bas appareil ; enfin, dans toute plaie, même superficielle, intéressant des parties pourvues d'un certain nombre de veines ; il n'est pas jusqu'à la plus petite opération qui ne puisse se compliquer des mêmes accidens. M. Blandin, chirurgien en second de l'hôpital Beaujon, nous a dit les avoir vus survenir à la suite d'une simple ponction faite sur une hydrocèle. Voici un fait que nous devons à son obligeance, qui prouvera jusqu'à quel point on doit être attentif sur les causes qui paraissent les plus étrangères à la phlébite.

Obs. XVI.e — *Inflammation de la veine rénale gauche et des veines qui se distribuent au muscle psoas du même côté, survenue à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure du rachis. Abcès dans le rein et dans le poumon gauches.* — Un maçon, âgé de 25 ans, ayant fait une chute d'un second étage le 11 août 1828, fut apporté immédiatement à l'hôpital Beaujon, où il succomba le 7 septembre, après avoir présenté des symptômes qui annonçaient une fracture de la colonne vertébrale et une contusion ou compression de la moelle épinière vers sa partie inférieure, savoir : une saillie insolite au niveau de la première, et de la deuxième vertèbre lombaire, jointe à une paralysie des extrémités inférieures, du rectum et de la vessie. Le même malade avait en outre une fracture compliquée de plaie à l'avant-bras du côté droit.

A l'ouverture du cadavre on trouva les lésions suivantes : — *A l'extérieur.* — Amaigrissement considérable ; muscles pâles et flasques ; escharre au sacrum ; plaie pro-

die ; mais ces traces de phlegmasie sont loin d'être constantes et surtout bien tranchées. Nous remarquerons d'ailleurs que les symptômes adynamiques peuvent survenir dans toute inflammation veineuse, quel que soit son siège, lorsqu'elle se complique d'infection purulente.

fonde correspondant à la fracture de l'avant-bras, laquelle intéressait le radius et le cubitus à leur partie inférieure, et ne présentait encore aucun travail de consolidation. Fracture du corps de la première vertèbre lombaire, de l'apophyse épineuse, des lames de la même vertèbre et de son apophyse transverse droite; suppuration autour des fragmens de la fracture; résorption d'une partie de leur substance, et par suite écartement des fragmens composant le corps de la vertèbre; contusion de la moelle épinière au niveau de la fracture.

Tête. — Un peu de sérosité épanchée dans la cavité des ventricules, substance cérébrale molle et très-pâle; injection assez forte de la pie-mère. *Poitrine.* — Poumon droit sain, mais partout adhérent à la plèvre costale. A gauche, épanchement de deux à trois cuillerées de sérosité dans la cavité de la plèvre, dont la surface était injectée en rouge-brun vers les parties latérales inférieures de la poitrine. Dans le lobe inférieur du poumon du même côté existaient trois à quatre petites masses blanchâtres qui formaient autant de foyers purulens dont le plus volumineux aurait contenu une grosse aveline. La substance pulmonaire environnante était exempte d'altération.

Abdomen. — L'extrémité supérieure du rein gauche contenait un abcès de même nature et de même dimension que ceux du poumon; il était situé tout-à-fait superficiellement : cet organe était du reste sain partout ailleurs. La veine rénale gauche passait derrière l'aorte, disposition anormale qui n'était point la seule particularité qu'elle présentât; sa cavité était en effet recouverte d'une couche de pus commençant à s'organiser en fausse membrane, ses parois étaient épaissies, sa membrane interne avait perdu son poli naturel et offrait une couleur rougeâtre; de plus, toutes les petites veines

qui rampent dans l'épaisseur du muscle psoas gauche laissaient écouler du pus de leurs cavités, quand on les comprimait; mais leur calibre était trop petit pour qu'on ait pu s'assurer positivement si leurs parois présentaient quelque altération. Le rein et la veine rénale droite étaient dans l'état naturel. Le foie et la rate n'ont rien présenté de particulier. La membrane muqueuse de l'estomac offrait plusieurs plaques d'un rouge vif, et çà et là une couleur marbrée et ardoisée : les intestins étaient entièrement sains.

Jusqu'à présent nous avions vu les reins être exempts de ces suppurations brusques qui surviennent à la suite des inflammations veineuses; le fait qui vient d'être rapporté prouve qu'ils peuvent en être atteints comme les autres organes, lorsqu'il existe des circonstances favorables à leur développement. C'est en effet au voisinage de la fracture de la partie inférieure du rachis que les veines psoïtiques et la veine rénale gauche se sont enflammées : le pus formé dans l'intérieur de ces vaisseaux a pénétré presque directement dans le rein; il a même été transporté dans le torrent circulatoire, car un des poumons contenait des abcès en tout semblables à celui qui existait dans le rein. Il est bon de remarquer que ces abcès se sont développés seulement du côté correspondant à l'inflammation veineuse, particularité qui se présente quelquefois aussi dans la phlébite utérine. (*Observat.* IX.ᵉ)

Comme la concordance des faits recueillis par divers observateurs, dépose beaucoup en faveur de leur exactitude, nous allons reproduire sommairement une observation non moins curieuse que les précédentes, communiquée à l'Académie par M. Rullier (*séance du 26 août* 1828), et insérée dans le Journal hebdomadaire (n.° 5, 1.er novembre) par M. Thouret, interne à l'hôpital de la Charité.

Obs. XVII.ᵉ — *Symptômes de gastrite, pleuro-pneumonie ; abcès multiples dans les poumons ; phlébite ; calcul nasal ; grosse épingle dans la vessie.* — Un homme, âgé de 32 ans, d'une forte constitution, fut reçu à l'hôpital de la Charité, éprouvant depuis plusieurs jours dans la fesse, la cuisse et la jambe droites, une douleur qui empêchait la marche et simulait une sciatique, en ce qu'elle était plus forte à la partie postérieure qu'à la partie antérieure du membre ; il y avait en même temps de la fièvre ; le pouls était fort et fréquent ; bientôt après des symptômes de gastrite se manifestèrent : la langue devint rouge et sèche ; une soif vive se déclara. Le traitement anti-phlogistique fit disparaître ces symptômes ; mais il survint une diarrhée qui ne céda ni aux adoucissans, ni aux astringens. A cette époque, une œdème, précédé et accompagné de douleurs assez vives, s'empara des membres abdominaux, principalement de celui du côté droit, en commençant par leur partie inférieure. Vingt-quatre heures avant la mort, le pouls devint petit et misérable ; les traits du visage s'altérèrent ; la respiration, qui jusqu'alors avait été naturelle, s'embarrassa ; l'auscultation fit reconnaître du râle crépitant à la base et à la partie antérieure du poumon gauche ; à droite la respiration était naturelle. Les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre sont : 1.° Une vaste phlébite qui intéressait les veines cave inférieure, iliaque, crurale, tibiale antérieure et jumelles du côté droit (la première de ces veines était épaissie, rouge à l'intérieur, tapissée par des fausses membranes très adhérentes, et remplie de pus, tantôt pur, tantôt mêlé à du sang ; les autres étaient pareillement épaissies, et contenaient dans tout leur trajet, tantôt des concrétions fibrineuses, tantôt du sang liquide, noir ; là du pus mêlé avec du sang caillé, ailleurs des caillots ; les veines jumelles étaient oblitérées par des caillots très-

consistans ; du pus existait en outre dans plusieurs veines du petit bassin, situées autour du col de la vessie). 2.° Un petit abcès à la partie inférieure des muscles jumeaux. 3.° Dans la fosse nasale droite une concrétion pierreuse de quinze lignes de diamètre en tous sens, creusée à sa partie inférieure d'une petite cavité remplie d'un mucus épais d'une odeur infecte. 4.° Une infiltration sous-arachnoïdienne des parties supérieures du cerveau. 5.° Un épanchement considérable avec des fausses membranes dans la plèvre gauche; une hépatisation rouge du lobe inférieur et de quelques points du lobe supérieur du poumon du même côté; quinze abcès environ de la grosseur d'une aveline, situés dans l'épaisseur des deux poumons, mais principalement à leur superficie, formés par un pus bien lié, crémeux, blanchâtre, ramassé en foyer, ou seulement infiltré dans la substance pulmonaire qui ne paraissait pas enflammée autour : plusieurs veines pulmonaires ont été suivies jusque dans ces abcès. 6.° Un léger épaississement de la membrane muqueuse gastrique, mais sans rougeur; aucune altération dans le canal intestinal. 7.° Enfin, dans la vessie, dont les membranes étaient épaissies et qui contenait une urine puriforme, une grosse épingle noire, dite à friser, longue de trois pouces, fichée par sa pointe dans la paroi postérieure de la vessie, et encroûtée de phosphate de chaux dans la moitié de son étendue.

Nous n'insisterons pas sur les rapports qui existent entre cette observation et les précédentes : il nous paraît bien évident que du pus sécrété dans les veines enflammées a été transporté jusque dans les poumons; il est également certain que, si la circulation a continué à se faire dans ces veines pendant quelque temps, le sang a dû se charger abondamment de molécules purulentes : aussi les accidens ont été rapides et la mort prompte. L'en-

flure pregressive, qui s'est emparée des membres abdominaux et qui prédominait à droite, indique à la vérité un obstacle au cours du sang dans les veines enflammées; mais il n'est pas probable que toute circulation eût cessé avant la mort, du moins dans la veine cave inférieure. Du reste, cette vaste phlébite paraît être survenue spontanément, c'est-à-dire sans qu'aucune lésion traumatique, aucune veine ouverte à l'extérieur et correspondant à une surface ulcérée ou enflammée, ait été le point de départ de la maladie, ce qui constitue un cas exceptionnel des plus remarquables dans l'*histoire des causes de la phlébite*. Il reste cependant quelques doutes à cet égard, lorsqu'on considère tous les élémens de cette observation; d'une part, en effet, on a trouvé du pus dans plusieurs veines du petit bassin, et nominativement dans celles qui avoisinent le col de la vessie; de l'autre, une grosse épingle fichée dans la paroi postérieure de cet organe, dont les membranes étaient épaissies et la cavité contenait une urine puriforme, ce qui fait supposer une inflammation chronique fomentée sans doute par la présence du corps étranger. N'est-ce pas en ce point que la phlébite a pris naissance? Ne s'est-elle pas propagée de là à la veine iliaque droite et à la veine cave inférieure qui présentait les traces les plus profondes d'inflammation? N'est-ce pas ainsi qu'il faut expliquer l'apparition simultanée d'un œdème aux deux membres inférieurs, œdème tenant de part et d'autre à la même cause, mais plus considérable à droite qu'à gauche, parce que un infarctus sanguin a eu lieu conséctivement dans les veines du côté droit? Cette supposition ne s'accorde point à la vérité avec l'exposé des symptômes qui ne fait mention d'aucune souffrance dans le bas-ventre, et fait débuter la maladie par une douleur dans la fesse, la cuisse et la jambe droites; mais cette douleur, plus forte à la partie postérieure du membre

qu'à la partie antérieure ne correspond point au siége des veines principalement affectées (la crurale, la tibiale antérieure), et ne paraît avoir été dans le principe qu'une irradiation morbide du nerf sciatique dont l'origine avoisinait le foyer primitif de la maladie. Nous soumettons au reste ces conjectures avec toute la réserve qu'exige le commentaire des faits dont on n'a pas été témoin, sachant toutefois que les causes les plus légères et les plus extraordinaires en apparence peuvent donner lieu à des phlébites très-étendues.

Voici deux observations qui nous semblent mériter un grand intérêt de quelque manière qu'on les interprète; nous ne leur donnerons aucun titre, ignorant la nature et le caractère des affections qu'elles représentent; nous avons cru cependant devoir les rapprocher de celles qui concernent la phlébite, quoique cette maladie n'ait point été constatée sur le cadavre. On verra bientôt jusqu'à quel point ce rapprochement est fondé (1).

Obs. XVIII.[e] — Un allemand âgé de 25 ans, d'une belle stature et d'une forte constitution, fut reçu à l'Hôtel-Dieu sur la fin du mois d'octobre 1825, se plaignant, depuis quelques jours, de douleurs vagues dans les membres, fort analogues à des douleurs rhumatismales. Il n'avait point de fièvre, les fonctions ne paraissaient point troublées. On fit d'abord peu d'attention à ce malade, qui, d'ailleurs, avait beaucoup de peine à se faire comprendre dans la langue française, il resta pendant quinze jours dans cet état, n'inspirant aucune crainte sur son sort. Cinq jours avant sa mort, il fut pris tout-à-coup de frissons, de fièvre, d'agitation et de délire, et tomba

(1) Ce fait a été observé par notre collègue le docteur Dalmas, et par nous en même temps.

promptement dans la plus grande stupeur. La langue devint rouge et sèche, un dévoiement abondant se manifesta. Au 2.e jour, une parotide volumineuse se déclara, pour ainsi dire, subitement. Au 3.e jour, un grand nombre de petites tumeurs et de pustules d'une nature particulière se développèrent à la peau; en même temps le poignet et l'avant-bras du côté droit se tuméfièrent énormément. La veille de sa mort, il était dans l'état suivant: supination, prostration complète; stupeur accompagnée d'un état moitié comateux, moitié délirant; pouls très-fréquent, petit et d'une grande mollesse; respiration anxieuse et précipitée; parotide volumineuse à gauche, supportant difficilement la pression. Sur la peau, grand nombre de pustules saillantes et profondément enchâssées dans le derme, à base assez large, quelques-unes présentant un sommet blanchâtre, mais la plupart d'un rouge livide dans toute leur hauteur. Sur la face dorsale de l'avant-bras droit, plusieurs engorgemens circonscrits formant un relief au-dessous de la peau; au-devant du tibia droit nouvel engorgement qui, plus superficiel, se dessinait par une saillie rougeâtre; enfin, gonflement considérable du poignet droit. Mort le 5.e jour de ces accidens, dans la nuit du 6 au 7 novembre.

Ouverture du cadavre le 8. — *Etat extérieur.* — Les membres ne présentaient aucune rigidité. Un abcès du volume d'une aveline, dont la matière était en partie infiltrée, en partie colligée dans le tissu cellulaire, existait entre le pariétal droit et les tégumens du crâne. Chaque pustule qui s'élevait sur la peau était formée par une infiltration purulente qui intéressait toute l'épaisseur du derme, et présentait le même aspect qu'un anthrax ou un furoncle qui viennent d'être incisés. Les petites tumeurs sous-cutanées dont il a été question étaient autant d'infiltrations ou de collections purulentes dans le tissu

cellulaire; la parotide gauche était également infiltrée d'un pus qu'on faisait écouler par la pression, comme de la purée à travers les trous d'une écumoire. Tout le tissu cellulaire qui environne le poignet droit était en suppuration, principalement le long de son bord cubital; l'intérieur de l'articulation du même côté contenait une synovie rougeâtre; la face dorsale de l'avant-bras droit était le siége de plusieurs foyers remplis d'un pus rougeâtre et sanieux. Dans la plupart des muscles superficiels des membres, et principalement dans ceux des extrémités inférieures, existait encore un grand nombre d'abcès exactement circonscrits, de volume variable, depuis celui d'une lentille à celui d'une aveline, ou même d'un petit œuf de poule, contenant un pus roussâtre, ramassé dans l'épaisseur même des muscles, dont les fibres étaient interrompues brusquement au niveau de chaque cavité purulente, et semblaient fondues en suppuration; tout à côté, le tissu musculaire était d'un beau rouge et d'une bonne consistance. Nous avons trouvé un grand nombre de ces abcès dans les muscles jumeaux, extenseurs et fléchisseurs des cuisses, quelques-uns dans les deltoïdes, les biceps brachiaux et les extenseurs de la main; on n'en voyait point dans les muscles des gouttières vertébrales; toutes les grandes articulations étaient dans l'état naturel.

Tête. — Engorgement des veines cérébrales; rougeur foncée de la pie-mère; bonne consistance de la masse encéphalique, points rouges assez nombreux dans sa substance; sécheresse presque complète des cavités ventriculaires; intégrité du cervelet.

Poitrine. — Les deux poumons contenaient un nombre immense de grains purulens situés en grande partie à la superficie de cet organe, immédiatement sous la plèvre, à travers laquelle on les voyait poindre : fendus

par le milieu, ils présentaient un petit noyau compact et circonscrit d'où la pression faisait sortir du véritable pus infiltré dans leur épaisseur; leur volume ne dépassait point, en général, celui d'une grosse lentille. Ils ne ressemblaient point à des tubercules par leur organisation, et avaient la plus grande analogie avec les pustules qui existaient à la peau : quelques-uns ne consistaient qu'en une sorte d'apoplexie locale, une espèce d'ecchymose avec induration. Aucun d'eux n'était creusé en foyer; le tissu pulmonaire environnant était simplement engoué par du sang noirâtre. Les plèvres n'offraient aucune trace d'inflammation; le cœur était sain et d'une bonne consistance, il ne contenait aucun dépôt purulent dans son épaisseur. Le sang des cavités droites était noir et fluide. Nous n'avons pas poussé nos recherches plus loin, ni examiné l'intérieur des vaisseaux sanguins.

Abdomen. — Membrane muqueuse de l'estomac ridée vers l'extrémité pylorique, grisâtre en ce point, mais partout d'une épaisseur et d'une consistance naturelles; valvules conniventes plus rouges et plus gonflées que dans l'état normal, et colorées en jaune par une couche épaisse de bile; forte injection de la fin de l'intestin grêle dans l'étendue de cinq pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale, mais sans épaississement ni ulcération de la membrane muqueuse; colon dans l'état naturel. Foie volumineux, un peu jaune, d'une bonne consistance, ne présentant aucun point de suppuration; bile cystique épaisse, verdâtre, peu abondante; rate friable, noirâtre et ramollie; reins fermes; vessie saine.

Obs. XIX.e (1). — Un commissionnaire âgé de 27 ans,

(1) Nous avons observé le second fait concurremment avec notre collègue M. le docteur Ménière, et dans son service médical à l'Hôtel-Dieu.

grand, poilu et bien constitué, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 22 octobre 1825. Il était dans un grand état d'anxiété, sa peau était chaude, sa respiration accélérée; il se plaignait uniquement d'une douleur forte à l'épaule gauche, où l'on ne sentait cependant aucune tuméfaction. Le doigt auriculaire du côté droit était noir et comme frappé de gangrène; une aréole d'un rouge peu intense semblait limiter le mal à la racine du doigt. Le malade ne pouvait dire depuis quelle époque cette gangrène s'était déclarée, son pouls était fréquent et dépressible.

Pour tous renseignemens, M. Ménière apprit qu'il avait eu plusieurs fois la maladie vénérienne, et notamment des écoulemens gonorrhoïques; qu'il menait habituellement une vie dissipée et irrégulière, et qu'il avait fait usage d'un purgatif drastique quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Le lendemain, la peau qui recouvre le doigt gangréné fut incisée, le mal n'intéressait encore que cette membrane; le dos de la main présentait un gonflement pâteux et d'un rouge obscur, la respiration était toujours précipitée et anxieuse. A l'auscultation on entendait un râle sec et abondant à la base du poumon droit; la langue était rouge et sèche, il y avait de la soif; quelques selles en dévoiement, beaucoup de chaleur à la peau, et la même fréquence avec mollesse du pouls que la veille. (*Limonade pour boisson.*)

Le 3.e jour, extension de la gangrène jusqu'au niveau du cinquième os du métacarpe; gonflement plus considérable du dos de la main, stupeur, embarras dans les idées, œdème de la paupière gauche.

La nuit suivante, agitation, délire, cris et plaintes, paroles incohérentes.

Le 4.e jour, apparition à la surface de la peau d'une éruption présentant des caractères fort variables. Ainsi, sur le côté gauche du menton, plaque peu saillante, noi-

râtre et dure au toucher; sur le front, boutons pointus, blancs à leur sommet, reposant sur une base violacée qui semblait former un noyau circulaire jusques au-dessous du derme; sous l'œil droit, tumeur dure et arrondie soulevant la peau sans se montrer à sa surface; aux membres supérieurs, petites pustules noirâtres offrant l'aspect des tumeurs érectiles, ayant encore une base qui pénétrait profondément dans le corps de la peau; en d'autres points, petites papules coniques ayant quelque ressemblance avec celles de la variole; sur le devant des jambes, deux petites phlyctènes noirâtres; vers le bord inférieur du grand pectoral du côté droit, et profondément dans l'épaisseur de ce muscle; tumeur dure, arrondie, paraissant avoir le volume d'un œuf; à la partie inférieure interne de la cuisse gauche, autre tumeur située profondément, plus volumineuse et moins dure que la précédente. En outre, gonflement et empâtement du côté gauche de la face et du cou; idées incohérentes, respiration fréquente et inégale; pouls dépressible. Mort le 5.e jour au matin, précédée d'un délire sombre qui avait duré pendant toute la nuit. On voyait sur la peau de nouveaux tubercules noirâtres, de nouvelles phlyctènes qui n'existaient pas la veille, et deux à trois heures après la mort, les membres offraient déjà un commencement de raideur cadavérique, le tronc était encore chaud. (*Une décoction de quinquina a été employée les derniers jours.*)

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures le 27 octobre. — Extérieur. — Chaque tubercule, chaque bouton, chaque pustule qui paraissaient à la peau, étaient autant de bourbillons d'où le pus infiltré s'échappait comme d'un furoncle ou d'un anthrax. Au front, ces tubercules comprenaient, non-seulement le corps de la peau, mais encore le tissu cellulaire sous-jacent et le

périoste jusqu'à l'os. La plaque noire située au côté gauche du menton reposait également sur un tissu cellulaire infiltré de pus; sur tous les autres points, même aspect, même nature de lésion. Les tumeurs qui, sans être parvenues à la peau, soulevaient cette membrane, étaient autant d'infiltrations purulentes circonscrites ou de véritables abcès; celles qu'on sentait à la partie inférieure du grand pectoral et à la partie interne de la cuisse gauche, étaient deux abcès volumineux contenant un pus rougeâtre et sanieux, développés dans l'épaisseur même des muscles grand pectoral et triceps fémoral, dont les fibres étaient comme interrompues et coupées net au niveau de ces cavités purulentes.

Les muscles des membres contenaient un grand nombre d'abcès semblables, tous nichés au milieu de leurs fibres qui semblaient encore manquer entièrement au niveau de chaque abcès; les uns étaient complètement ramassés en foyers, les autres ne formaient que des engorgemens arrondis qui laissaient voir du pus en infiltration dans leur épaisseur; leur volume variait depuis celui d'une amande à celui d'une noix; ils étaient plus nombreux aux membres inférieurs qu'aux supérieurs, aux muscles du mollet que dans toute autre région. Il n'en existait point dans les muscles lombaires et abdominaux, ni dans ceux de la hanche. Du reste, les fibres musculaires les plus rapprochées de chacun de ces abcès avaient une bonne consistance et une belle couleur rouge. La peau qui recouvrait le doigt auriculaire du côté droit et même une partie de celle du dos de la main était largement gangrénée.

2.° *Tête.* Deux grandes plaques noires parsemées de points blanchâtres situées sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère qui tapisse les fosses antérieures et latérales du crâne; elles ressemblaient à des ecchymoses. Forte injection et couleur rouge foncée de la pie-mère, consistance natu-

relle de la substance cérébrale qui cependant était sablée de points rouges ; aucun épanchement dans les ventricules ; cervelet dans l'état naturel.

3.° *Thorax.* Adhérences anciennes du poumon gauche à la plèvre costale. Grand nombre de petits noyaux purulens de même nature que ceux de la peau , situés dans le parenchyme de l'un et l'autre poumons , et principalement à leur superficie , reconnaissables à leur dureté et quelques-uns à la proéminence blanchâtre qu'ils formaient au-dessous de la plèvre pulmonaire. La plupart étaient environnés d'une aréole noirâtre et contenaient du pus infiltré dans leur épaisseur ; d'autres ne formaient qu'une dureté globuleuse d'un noir d'ébène. leur volume ne dépassait point en général celui d'une amande. Du reste , les poumons étaient sains, même au voisinage de ces engorgemens; ils contenaient beaucoup de sang noir et spumeux. Cœur volumineux, d'une bonne consistance, rempli d'un sang noir en partie fluide en partie coagulé , offrant une légère hypertrophie à gauche.

4.° *Abdomen.* Le foie n'a rien présenté de particulier. La rate était volumineuse et recouverte à son bord interne par une plaque cartilagineuse de quatre à cinq lignes d'épaisseur. Sa substance ressemblait exactement à de la chair de saucisson, elle avait beaucoup de consistance.

La membrane muqueuse de l'estomac ne présentait rien de remarquable qu'une multitude de points noirs et confluens, répandus à sa surface, comme si elle eût été recouverte par une gaze noire. La même apparence existait dans le duodénum. Le reste de l'intestin grêle était parfaitement sain ; la membrane muqueuse du cœcum et du colon ascendant était fortement injectée par des arborisations vasculaires entre-croisées et rapprochées , mais sans épaississement ni ulcérations ; les reins étaient fermes, la vessie saine , le canal de l'urètre de couleur

violacée au niveau de la fosse naviculaire ; et à l'endroit où ce canal s'unit avec le gland existait encore un petit noyau avec infiltration purulente.

Que signifient ces engorgemens purulens disséminés dans les poumons, éparpillés au milieu des muscles, implantés profondément dans le corps de la peau, et apparaissant subitement comme dans une fièvre éruptive, précédés d'un état général extrêmement grave? La peste avec ses anthrax et ses bubons, donne-t-elle lieu à des symptômes plus redoutables, à des altérations plus profondes et plus étendues? Mais avant de nous occuper de la nature de cette maladie, examinons en peu de mots, les analogies frappantes qui existent entre les deux observations que nous venons de rapporter. Les deux malades qui en font le sujet, étaient à la fleur de l'âge (25 et 27 ans). L'un éprouvait des douleurs pseudo-rhumatismales qui ont persisté pendant quinze jours, sans inspirer la moindre crainte, l'autre est apporté à l'hôpital dans un état des plus graves, se plaignant en particulier d'une douleur forte dans l'épaule gauche sans tuméfaction de cette partie. Tous deux sont pris tout-à-coup (pour le premier du moins, car le second n'a point fourni de renseignemens satisfaisans à cet égard) de fièvre avec petitesse et débilité du pouls, d'agitation, de délire, d'anxiété et de gêne dans la respiration, et tombent promptement dans la stupeur; chez l'un une parotide se développe, pour ainsi dire subitement; chez l'autre une gangrène locale, et deux jours avant la mort, on voit, dans l'un et l'autre cas, paraître à la peau, et dans l'épaisseur de quelques muscles, cette singulière éruption de pustules purulentes, de tumeurs abcédées dont nous avons parlé.

A l'ouverture des cadavres, on observe de part et d'autres, des lésions semblables, sur lesquelles nous ne re-

viendrons pas ; mais nous appellerons l'attention sur cette uniformité dans la nature des infiltrations purulentes et des abcès qui étaient partout les mêmes, à quelques différences près, dépendant uniquement de leur degré de maturité; sur cette identité de siége, dans les deux cas, à la peau dont ils intéressaient toute l'épaisseur et même le tissu cellulaire subjacent, dans les muscles dont ils semblaient avoir excavé la substance, affectant de préférence, certains d'entre eux (les jumeaux) et certaines régions du système musculaire (celles des membres), dans les poumons, dont ils avaient engorgé le parenchyme en cent endroits différens. N'est-il pas probable qu'au moment où cette éruption s'est manifestée à la peau, elle s'est fait sentir en même temps dans les muscles et dans les poumons? Vouloir rechercher, dans une simple inflammation, la cause de désordres si rapides dans leur marche, si variés dans leur siége quoique identiques dans leur nature, serait admettre une foule immense de foyers de phlegmasies isolées, et cependant rapprochées les uns des autres, laissant intactes les parties intermédiaires et donnant lieu aux mêmes produits morbides sous la même forme, à la peau, dans les muscles et dans les poumons.

La cause de cette maladie, quelle qu'elle soit nous paraît résider dans les fluides, il est malheureux que l'état des veines n'ait point été soigneusement examiné sur le cadavre. Quoique nous n'ayons jamais trouvé à la suite de la phlébite, des abcès dans l'épaisseur des muscles, ni vu des gangrènes et des tumeurs purulentes à la peau; nous avons observé dans les poumons des altérations absolument semblables à celles qui existaient dans les mêmes organes chez les deux malades dont il vient d'être question, c'est-à-dire un grand nombre de noyaux purulens disséminés principalement à la superficie des pou-

mons, dont quelques-uns ne consistaient encore qu'en une simple induration noirâtre, une simple ecchymose annonçant que le sang servait lui même de germe à ces altérations. La seule conséquence que nous voulions tirer de cette analogie est la suivante : Si l'on admet comme cause primitive de ces désordres une altération quelconque du sang dans les deux observations qui viennent d'être rapportées, on devra reconnaître la même altération, ne variant peut-être que par ses degrés, dans les cas de phlébite accompagnée d'infection purulente.

Ce travail était terminé depuis quelque temps, lorsque M. Robert, interne à l'Hôtel-Dieu, nous a donné communication d'un fait qui vient confirmer nos conjectures sur la nature des maladies décrites dans les deux observations précédentes. Nous avons d'ailleurs assisté à l'ouverture du cadavre, recherché avec soin et décrit en commun les lésions nombreuses qu'il présentait,

Obs. XX.[e] — *Inflammation de la veine porte ventrale et hépatique, succédant à une désorganisation du canal cholédoque et de quelques veines voisines. Pétéchies, pustules et gangrènes à la peau ; suppuration dans la substance du foie, des poumons, dans l'épaisseur de quelques muscles et de la parotide.* — Un coëffeur âgé de 25 ans, d'une constitution lymphatique, fut pris sans cause connue, au commencement du mois d'octobre 1828, de lassitudes dans les membres, d'inappétence, de soif et de douleur à l'épigastre; quelques sangsues appliquées sur cette région ne produisirent qu'un léger soulagement. Le 12 octobre : le malade fut reçu à l'Hôtel-Dieu, dans l'état suivant : aux symptômes indiqués s'était joint de la rougeur et de la sécheresse à la langue, la douleur épigastrique avait augmenté, toutefois la fréquence du pouls, et la température de la peau s'éloignaient peu de l'état naturel (20 *sangsues à l'anus*). Peu

d'amendement. Le lendemain (15 *sangsues à l'épigastre*), diminution notable de la douleur. Pendant cinq jours, l'amélioration continue, la langue devient à-peu-près naturelle. Plus tard, et à deux reprises différentes, les accidens se renouvellent à l'occasion probable d'écarts dans le régime; la première fois ils sont calmés par une application de sangsues à l'épigastre, la deuxième, ils se dissipent spontanément.

A la fin du mois d'octobre, le malade parut entrer en convalescence, mais il disait toujours souffrir à l'épigastre, et présentait dans son ensemble quelque chose dont on ne pouvait se rendre compte. A cette époque, douleur dans l'hypochondre droit, obscure au début, plus marquée ensuite, accompagnée de vomissemens bilieux et de dévoiement, fièvre modérée, langue naturelle (20 *sangsues à l'anus, bain*), diminution de la douleur, persistance des vomissemens et du dévoiement; la peau prend graduellement une teinte ictérique assez prononcée. Cet état reste à-peu-près stationnaire jusqu'au 12 novembre; alors, frissons irréguliers, suivis de fréquence dans le pouls, de chaleur et de sécheresse à la peau. Deux jours plus tard, douleur vive, profonde et subite dans son apparition autour de l'épaule droite, gonflement et sensibilité par la pression des parties molles environnant cette articulation, mouvemens du bras très-douloureux (*cataplasmes émolliens, saignée, deux palettes*); le sang n'est point couenneux.

Huit jours s'étaient écoulés depuis l'apparition de ces nouveaux accidens, lorsque tout-à-coup, la partie moyenne du front devient le siége d'nne douleur vive, suivie bientôt d'un gonflement et d'une rénittence considérables sans changement de couleur à la peau. Au bout de deux jours, mêmes phénomènes à la région temporale gauche, le gonflement s'étend par degrés à la face

et à la tête toute entière dont le volume devient énorme. Au milieu de ces désordres graves et variés, le pouls est petit, peu fréquent, dépressible, la chaleur de la peau modérée, les vomissemens, le dévoiement et l'ictère persistent, les douleurs abdominales ont disparu. Cependant le gonflement de la partie moyenne du front et de la région temporale gauche fait de nouveaux progrès, des phlyctènes remplies d'une sérosité sanguinolente s'élèvent çà et là ; leur rupture laisse à nu de petites surfaces où la peau semble frappée de mort ; ces escarrhes, s'étendant, finissent par se confondre en une seule égale à une pièce de cinq francs, tant au front qu'à la tempe, leur surface est criblée de petites ouvertures qui fournissent des gouttelettes de pus par la pression.

Quelques jours avant la mort la langue devient rouge, sèche, rugueuse puis fuligineuse, les lèvres et les dents se recouvrent également d'un enduit noirâtre, la peau du nez prend une teinte brunâtre ; des pétéchies et de petites nodosités circonscrites se developpent sur la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres et du tronc, le malade tombe dans la prostration et un délire tranquille, son pouls devient obscur, insensible, il succombe le 2 décembre à trois heures de l'après-midi.

Ouverture du cadavre dix-huit heures après la mort. — *État extérieur.* — Membres ne présentant aucune rigidité ; surface de la peau parsemée de petites taches livides semblables à des pétéchies, et constituées par du sang noir infiltré ou épanché dans le corps muqueux de cette membrane ; à côté de ces taches, pustules lenticulaires et noirâtres, dont les unes contenaient un fluide sanieux, et les autres un pus blanc et homogène. Ces dernières s'étendaient par leur base jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui était infiltré de pus et formait une auréole brunâtre autour de chaque pustule. Cette espèce

d'éruption était du reste plus abondante aux membres inférieurs qu'aux supérieurs, à la partie antérieure du tronc qu'à la partie postérieure.

Tête énormément tuméfiée ainsi que la face, dont le diamètre transversal surpassait le vertical à cause du gonflement des régions parotidiennes. Nez recouvert d'une croûte noirâtre intéressant le corps de la peau, qui paraissait frappée de gangrène en ce point. Sur le milieu du front, sur la tempe et derrière l'oreille gauches, escharres ramollies, grises et fétides, reposant sur un tissu cellulaire dont les aréoles étaient pénétrées de pus. Tégumens du front et de la moitié antérieure gauche du crâne transformés en une sorte de couenne lardacée, d'un pouce d'épaisseur, au milieu de laquelle on distinguait un nombre considérable de veines remplies de pus. Ces veines étaient une continuation des temporales qui, dans l'épaisseur et à la surface du muscle crotaphyte, dans les fosses zygomatiques et ptérygoïdes, formaient un plexus immense dont toutes les divisions étaient également pleines de pus et environnées supérieurement par les fibres noirâtres et ramollies du muscle précédent, inférieurement par du tissu cellulaire dense et jaunâtre. Parotide gauche quadruplée de volume, offrant, après la section, une surface granuleuse de laquelle s'écoulait, par mille points différens, du pus en gouttelettes arrondies, provenant uniquement des orifices des nombreuses veines qui se distribuent dans l'épaisseur de cette glande, et dont nous avons suivi plusieurs ramifications toutes suppurées à l'intérieur. Ces ramifications aboutissaient à la veine jugulaire externe qui était enflammée jusqu'à la partie moyenne du cou, et présentait extérieurement un volume et une dureté contre nature; intérieurement une surface rougeâtre, inégale, recouverte de fausses membranes épaisses, et plus bas de caillots de sang mêlé avec du

pus. Au côté droit de la tête et sous le cuir chevelu, infiltration abondante d'une lymphe jaunâtre semblable à de la gélatine; muscle temporal pâle et mou; parotide et veine jugulaire externe dans l'état naturel; branche antérieure de la veine temporale et toutes ses divisions contenant du pus ramassé dans l'intérieur de ces vaisseaux par petites colonnes blanchâtres et arborescentes, interrompues çà et là par quelques caillots de sang. Muscle deltoïde du côté droit noirâtre, ramolli, parcouru par un nombre considérable de veines, dont l'ouverture fournissait un pus épais et jaunâtre qu'on aurait dit s'écouler de la cavité d'une foule de petits abcès, si l'on ne se fût assuré de leur continuation avec ces veines en introduisant un stylet dans leur intérieur. Muscles des autres régions du corps brunâtres et peu résistans. Articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale droites contenant des flocons pseudo-membraneux et une synovie puriforme en petite quantité. Autres articulations dans l'état naturel.

Encéphale. — Sinus de la dure-mère gorgés d'un sang noir et grumeleux, sans altérations de leurs parois; substance cérébrale pâle et comme œdémateuse; ventricules distendus par une certaine quantité de sérosité incolore; méninges dans l'état sain.

Poitrine. — Cœur d'un volume, d'une couleur et d'une consistance ordinaires, contenant une petite quantité de sang noir et fluide, ne présentant aucune trace de phlegmasie dans ses cavités ou dans les membranes des vaisseaux qui s'y rendent; plèvres non enflammées et libres de toute adhérence; poumons parsemés d'une myriade de petits engorgemens, plus nombreux à droite qu'à gauche, de volume et de forme variés, et nichés dans sa substance, principalement au voisinage de la plèvre pulmonaire sous laquelle ils formaient des bosselures très-apparentes à la vue. Parmi ces engorgemens, quelques-

uns avaient une couleur noire livide, les autres offraient une surface blanchâtre et grénue, qui se résolvait en pus par la plus faible pression; aucun n'était converti en abcès. Le tissu pulmonaire qui les environnait était sain, ou légèrement engoué par une sérosité sanguinolente. Nous nous sommes assurés, à l'aide d'une dissection minutieuse, que ces engorgemens étaient formés en grande partie par un amas de veines pulmonaires pleines de pus à leurs dernières ramifications; nous avons en effet suivi dans leur épaisseur, et à la distance de quelques lignes, plusieurs linéamens vasculaires faisant suite à de plus grosses veines et reconnaissables à leur disposition arborescente; du reste, les veines du poumon ne présentaient du pus en aucun autre point.

Abdomen. — Foie d'une couleur brune noirâtre, contenant pareillement un certain nombre de noyaux purulens, dont la plupart étaient apparens à la surface de cet organe, mais sans y former de saillie. Ces noyaux nous ont également paru constitués par un amas de veines pleines de pus, ou du moins en être l'aboutissant; nous avons aussi constaté leur continuation avec les radicules de la veine porte hépatique. Plusieurs branches et le tronc même de cette veine étaient remplis d'une matière puriforme et pultacée, d'une couleur jaunâtre analogue à celle de la bile, mêlée à du sang liquide, à des caillots noirs ou décolorés, libres ou adhérens. La membrane interne de ces vaisseaux était recouverte d'une couche épaisse de pus, et avait en dessous un aspect rouge et granuleux; mais, dans la plus grande partie de son étendue, elle conservait son poli naturel et ne présentait qu'une blancheur et une opacité insolites. La même matière était contenue dans les veines mésentériques qui partent de l'intestin grêle, dans celles qui proviennent du pancréas, et dans la veine splénique; les parois de ces vaisseaux

offraient les mêmes altérations que les précédens. Toutes ces veines, avant de parvenir au tronc de la veine-porte, traversaient une masse considérable d'engorgement formé, au devant de la colonne vertébrale et dans toute la longueur du mésentère, par une réunion de ganglions volumineux, rouges, suppurés dans leur centre et environnés d'un tissu cellulaire dense et infiltré de pus. Vésicule du foie remplie d'une bile séreuse et trouble, offrant vers son bas-fond quatre petites ulcérations noirâtres et arrondies qui intéressaient toute l'épaisseur de la membrane interne de ce réservoir. Canal cholédoque détruit dans toute son étendue et converti en une cavité oblongue et anfractueuse, contenant des lambeaux membraneux détachés de ses parois et pénétrés de bile : ce canal offrait en arrière plusieurs ulcérations profondes qui s'étendaient en même temps aux parois de quelques grosses veines voisines, et pénétraient jusque dans leurs cavités; une de ces ulcérations aboutissait dans la veine mésentérique supérieure par une ouverture large d'une ligne, présentant un bord saillant et verdâtre du côté de la face interne de ce vaisseau; les autres pouvaient admettre facilement un stylet de moyenne grosseur. Membrane muqueuse de l'estomac et des intestins partout dans l'état le plus naturel, d'une bonne consistance et d'une blancheur remarquable, tapissée d'une couche de mucus épais et grisâtre : en un seul point correspondant à l'embouchure du canal cholédoque dans le duodénum, cette membrane présentait, dans l'étendue d'une pièce de trois francs, une teinte légèrement ardoisée et un ramollissement assez marqué, au milieu duquel existaient quatre à cinq petites ulcérations profondes. Rate noire, brune, ramollie, ne contenant aucun point de suppuration dans son épaisseur. Reins pâles, fermes et sains; vessie remplie d'urine, mais dans l'état naturel.

Cette maladie présente deux périodes bien distinctes; l'une marquée par des symptômes gastro-hépatiques auxquels se rapportent la rougeur de la langue, la douleur épigastrique, et plus tard la douleur de l'hypochondre droit, les vomissemens bilieux, la teinte ictérique de la peau, symptômes paraissant correspondre à l'inflammation désorganisatrice du duodénum et surtout du canal cholédoque; l'autre, plus rapide dans sa marche caractérisée par des phénomènes graves et subits, dont le point de départ se trouve dans une inflammation veineuse remarquable par son siége et sa cause, et succédant à la première affection. C'est en effet autour du canal cholédoque que cette phlébite a pris naissance, en un point où les parois de ce canal et celles de quelques grosses veines voisines, ulcérées et détruites, ont permis à la bile et à d'autres fluides irritans de pénétrer dans l'intérieur de ces vaisseaux : de là l'inflammation s'est propagée dans la plupart des ramifications de la veine porte ventrale et hépatique ; et du pus sécrété dans l'intérieur de ces vaisseaux a été transporté dans la substance du foie, des poumons, de la parotide et de quelques muscles, car les nombreux points de suppuration trouvés dans ces diverses parties étaient constitués ou avoisinés par des veines pleines de pus, comme la dissection l'a démontré. A cette seconde période de la maladie appartiennent la douleur profonde et subite de l'épaule droite, celle du front et de la tempe gauche, suivies bientôt de tuméfaction énorme et de gangrène vers ces dernières parties, le développement d'une parotide volumineuse, et plus tard l'éruption de pétéchies et de pustules suppurées à la peau, la prostration, le délire, la noirceur de la langue, la mollesse du pouls, phénomènes analogues à ceux des fièvres typhoïdes, et paraissant résulter de la viciation du sang par son mélange avec le pus. La cause et la succession de ces

désordres ainsi analysées, nous semblent jeter un grand jour sur la nature des affections qui ont fait le sujet des deux observations précédentes, et rendre très-probable l'existence d'une phlébite qui, dans ces deux cas, n'a point été recherchée sur le cadavre. On trouve en effet de part et d'autre la plus grande ressemblance entre ces altérations quant à leur siège, leur nature, leur mode de développement, et l'analogie doit porter à penser qu'elles ont été le résultat d'une même cause. Nous ferons remarquer du reste que dans le cas dont il vient d'être question, ces altérations ont été, par leur nombre et leur gravité, en rapport avec une phlébite des plus étendues, et avoisinant des viscères importans; ce qui explique peut-être pourquoi les mêmes accidens ne surviennent point ordinairement lorsque l'inflammation veineuse est extérieure et limitée.

Après avoir rapporté un grand nombre d'observations qui attestent la gravité de la phlébite, exposons un dernier fait dans lequel l'art est intervenu heureusement, et qui nous fournira l'occasion d'examiner en peu de mots un des modes de guérison de cette maladie.

Obs. XXIe — *Inflammation de la veine céphalique survenue à la suite d'une saignée, et combattue avantageusement par les émissions sanguines; imperméabilité de la veine après la guérison.* — Une jeune fille âgée de 24 ans, d'une bonne constitution, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 2 juin 1828, éprouvant depuis deux jours une douleur aiguë dans le côté droit de la poitrine, avec fièvre, toux, expectoration muqueuse peu abondante, oppression et autres symptômes indiquant une inflammation pectorale. Deux saignées furent d'abord pratiquées, la malade fut soulagée; mais le 13 juin la douleur de côté ayant reparu, on pratiqua une troisième saignée sur la veine médiane céphalique droite; la lancette qui servit à cette opération était propre et bien acérée, la saignée

fut faite habilement. Le 14 au matin, la malade était dans l'état le plus satisfaisant; elle n'avait ni douleur, ni oppression, ni fièvre, et se leva pendant une partie de la journée; on lui accorda quelques alimens; à six heures du soir, frisson prolongé suivi de fièvre et de chaleur, douleur aiguë au niveau de l'ouverture de la saignée pratiquée la veille; peu de temps après, douleur également vive sous les fausses côtes droites, insomnie pendant toute la nuit.

Le 15, tuméfaction autour de l'ouverture de la saignée, dont les bords sont écartés et fournissent un suintement séreux, douleur vive par la pression et les mouvemens du bras jusques à quatre pouces au-dessus et dans le trajet de la veine céphalique; matité, égophonie dans la moitié inférieure et postérieure du côté droit de la poitrine; gêne de la respiration; peau chaude; pouls fréquent et serré. (*Prescription : saignée 3 palettes au bras gauche, cinquante sangsues sur le trajet de la veine céphalique, cataplasme autour du bras, tisane de chiendent et de réglisse, diète.*)

Le 16, sang couenneux, amendement dans les symptômes pectoraux, diminution de la douleur du bras, mais formation d'une bande dure qui s'étend depuis l'ouverture de la saignée jusques à quatre pouces au-dessus, écoulement par cette ouverture d'un pus séreux, dont on augmente la quantité en dirigeant la pression de haut en bas; pouls moins dur et moins fréquent que la veille. (*Nouvelle application de cinquante sangsues sur le même point.*)

Le 17, insomnie, sueurs abondantes, engorgement considérable du bras, dont tout le pourtour est gonflé, mais particulièrement dans la direction de la veine céphalique et jusqu'à cinq pouces au-dessus du pli du bras; sentiment de douleur rapporté à la base du sternum; pe-

tite toux rare et sèche; oppression, matité persistante dans le côté droit et inférieur de la poitrine; expression de souffrance et d'accablement répandue dans les traits; langue naturelle; pouls à peine fébrile, petit et très-dépressible; facultés intellectuelles saines. (*Tisane pectorale, julep béchique, lavement émol., cataplasme.*) La mollesse du pouls empêche de revenir à l'application des sangsues.

Deux heures après la visite, frisson violent et prolongé suivi de sueurs et d'un grand affaissement; sur le soir, hallucinations, délire vague et tranquille.

Le 18, grand désordre dans l'expression de la face; prostration considérable; pouls petit, peu fréquent, intermittent et d'une grande mollesse; plaintes relatives 1.° à une douleur de tête obtuse, 2.° à un sentiment de malaise rapporté, comme hier, à la base du sternum; 3.° enfin, à une autre douleur existant autour de l'articulation du poignet gauche, sans rougeur ni gonflement de cette partie; d'ailleurs, aucun changement dans l'état du bras droit, l'ouverture de la saignée fournit un écoulement purulent épais et assez abondant. (*Même prescription.*)

Le 19, engorgement du bras propagé jusqu'à l'épaule et suivant le trajet de la veine céphalique, douleur vive par la moindre pression dans cette direction; gonflement œdémateux de l'avant-bras. (*Malgré la mollesse persistante du pouls, cinquante sangsues sont appliquées de nouveau sur le trajet de la veine céphalique et vers sa partie la plus élevée.*)

Le 20, amendement notable, le bras est moins douloureux, la tuméfaction a cessé de faire des progrès, une bande dure règne toujours le long de la veine céphalique, une suppuration épaisse s'écoule par l'ouverture de cette veine, l'expression de la face est meilleure, le pouls est

moins dépressible que les jours précédens, la malade n'accuse aucune douleur. (*Même prescription, moins les sangsues.*)

Le 21, un petit abcès, qui s'était développé sourdement à un pouce au dessus du pli du bras, a été ouvert, il s'en est écoulé une suppuration abondante.

Les jours suivans, les symptômes se sont amendés; le bruit respiratoire et la sonoréité ont reparu insensiblement dans le côté droit de la poitrine, l'engorgement du membre a diminué peu-à-peu; mais pendant long-temps on a pu sentir une espèce de corde dure, ayant le volume du doigt, dessinant parfaitement le trajet de la veine céphalique. Deux mois après cette veine avait encore l'aspect et la consistance d'un cordon tendineux, elle paraissait imperméable; les pressions, dirigées de bas en haut, le long des veines superficielles de l'avant-bras, ne faisaient refluer aucune goutte de sang dans sa cavité.

Les résultats favorables obtenus dans le cours de cette maladie, par les émissions sanguines, nous paraissent d'autant plus remarquables, qu'il existait déjà quelques-uns des symptômes graves par lesquels se sont manifestés les désordres que nous avons observés ailleurs dans les poumons et autres organes. Tels sont ces deux frissons prolongés, dont l'un a marqué le début de la maladie, et l'autre a été suivi d'une prostration considérable, d'une altération profonde des traits, d'un délire vague, et d'une grande mollesse dans le pouls, en même temps qu'une douleur persistante dans le côté droit de la poitrine faisait craindre l'explosion d'accidens plus redoutables. Il suffit de comparer cette observation avec les précédentes, et notamment avec celle qui est insérée au N.° 12, pour se convaincre que ces craintes n'étaient point chimériques. Ce rapprochement conduira peut-être à penser que du pus sécrété dans la veine enflammée avait déjà

pénétré, mais en petite quantité, dans le torrent circulatoire, à l'époque où la dernière application de sangsues est venu mettre un terme à l'inflammation veineuse. Quoi qu'il en soit, ce résultat ne doit point être perdu de vue, en ce qu'il montre jusqu'à quel point et dans quelle mesure les émissions sanguines peuvent être favorables dans la phlébite.

Une circonstance qui n'aura point échappé au lecteur, c'est qu'après cette inflammation, la veine qui en était le siège a paru entièrement oblitérée. Ce mode de terminaison dépend sans doute de la formation de lymphe coagulable et de fausses membranes remplissant la cavité du vaisseau. Cette oblitération est favorable en elle-même, en ce qu'elle empêche tout transport de matière purulente ; mais par la suite ne peut-elle pas devenir la source de quelques accidens ? Si elle avait lieu dans les principales veines et dans une grande étendue, ne pourrait-il pas s'ensuivre de la gêne dans la circulation, et plus tard des œdèmes partiels ou généraux, suivant l'importance et le nombre des vaisseaux oblitérés ? Si elle survenait dans un certain nombre de veines utérines, cette disposition anormale n'apporterait-elle pas quelque trouble dans la menstruation ? La nutrition du fœtus, par le moyen de la greffe placentaire, ne serait-elle pas exposée à des dangers dans les grossesses subséquentes, et la mère à des avortemens, car pour remplir ses fonctions le placenta doit s'accoler à des vaisseaux dilatables et perméables au sang ? Mais nous ne pousserons pas plus loin des conséquences auxquelles nous a conduit uniquement la théorie, et qui manquent encore de la sanction de l'expérience.

(*La fin au prochain Numéro.*)

Sur la luxation de la clavicule; description d'un appareil pour la contenir; par le docteur F. Mêlier.

De l'aveu de tous les auteurs qui se sont occupés des maladies des os, il est très-difficile, impossible même de contenir exactement, à l'aide des moyens connus, les luxations de la clavicule. Le déplacement, quoi qu'on fasse, se reproduit toujours, et l'on n'obtient qu'une guérison imparfaite, accompagnée d'une difformité plus ou moins grande(1). Cette difformité d'ailleurs est le seul inconvénient que l'on ait à craindre, puisque le membre n'en reprend pas moins, au bout d'un certain temps, toute la force et la liberté de ses mouvemens. Aussi s'en console-t-on aisément quand la luxation arrive chez un homme. Il n'en est pas de même si elle a lieu chez une femme, surtout quand il s'agit d'une luxation de l'extrémité sternale de la clavicule. Une difformité, même légère, est, dans ce dernier cas, un inconvénient réel, qu'il serait important de pouvoir éviter. Assez heureux pour y être parvenu, contre toute attente, dans l'observation que l'on va lire, je crois devoir faire connaître le moyen que j'ai employé. Si je ne m'abuse, il sera utile, non seulement dans les cas semblables, mais encore, peut-être, dans les fractures de la clavicule.

Luxation en avant de l'extrémité sternale de la clavicule, guérie sans difformité, à l'aide d'un compresseur

(1) *Voyez* J. L. Petit, *Traité des maladies des os*; Boyer, *Traité des malad. chirurg.*; Richerand, *Nosograph. chirurg.*; J. Cloquet, *Dict. de Méd.*

mécanique. — Une petite fille de quatre ans, était endormie, dans un cabriolet, sur les genoux de son père, lorsqu'une diligence marchant en sens contraire, accrocha rudement et faillit renverser ce cabriolet. La secousse fut si forte que l'enfant, éveillée en sursaut, eût peut-être été jetée à terre si on ne l'eût retenue par le bras. On attribua d'abord à la seule frayeur les cris qu'elle fit entendre. L'enfant elle-même ne se plaignit d'aucune douleur pendant les premiers jours et continua de se livrer à ses jeux; on remarquait seulement qu'elle se servait du bras gauche avec moins de facilité et qu'elle paraissait souffrir quand on l'élevait en la prenant par dessous les aisselles. Bientôt après on aperçut une saillie très-prononcée à la partie supérieure de la poitrine. Cette saillie n'était autre que l'extrémité interne de la clavicule luxée en avant, ainsi qu'il me fut facile de le reconnaître au premier examen.

Il y avait déjà huit jours que cet accident avait eu lieu, lorsque je fus consulté. La tête de la clavicule, ayant complètement abandonné la facette articulaire du sternum, appuyait sur la partie antérieure de cet os et formait une saillie grosse comme la moitié d'une noix environ, mobile, indolente, sans rougeur, et beaucoup plus prononcée dans certains mouvemens. Cette saillie disparaissait facilement si, d'une main appliquée à la partie interne et supérieure du bras, je tirais l'épaule en dehors, tandis que avec le pouce de l'autre main je pressais sur la tumeur elle-même; mais elle reparaissait dès que ces efforts cessaient. Complètement méconnue cette luxation avait été abandonnée à elle-même; on n'avait gêné en rien les mouvemens de l'enfant qui, à la vérité, paraissait peu souffrir. Il était évident cependant que les ligamens avaient été déchirés, puisque la clavicule, che-

vauchant sensiblement sur le sternum, jouissait, dans cette nouvelle place, d'une mobilité remarquable.

Sentant de suite l'impossibilité d'appliquer avec quelque fruit un bandage ordinaire sur un enfant vif et sans cesse en mouvement; connaissant d'ailleurs l'insuffisance généralement avouée de ce moyen, je proposai d'avoir recours à un appareil mécanique. Sans s'y refuser, les parens voulurent, avant tout, réunir d'autres avis. MM. Marjolin, Dubois et Boyer furent consultés successivement et constatèrent l'existence de la luxation. Ils s'accordèrent à penser que l'on ne pouvait pas espérer une guérison sans difformité, et que les moyens que l'on emploierait n'auraient d'autre effet que de favoriser la consolidation des os dans leurs nouveaux rapports et de s'opposer à un plus grand déplacement. J'avais exprimé la même opinion dans une note à consulter remise aux parens, note dans laquelle je proposais toutefois un bandage mécanique. Ces Messieurs, sans le désapprouver en lui-même, pensèrent que l'on devait se borner à l'emploi des bandes ou même d'une simple écharpe. Ces moyens furent en effet tentés avec tous les soins convenables; mais chaque matin on trouvait l'appareil dérangé et le déplacement reproduit. Dès-lors on se décida à employer l'appareil mécanique que j'avais d'abord proposé et sur lequel, je l'avoue, je n'osais pas beaucoup compter; son succès a véritablement passé mes espérances.

Cet appareil se compose :

1.° *Du bandage de Desault pour la fracture de la clavicule*, tel, ou à-peu-près, qu'il a été modifié par M. Boyer; c'est-à-dire d'un coussin cunéiforme en ouate piqué; d'une grande ceinture, ou mieux d'un corset en toile, garni d'*élastiques* et lacé sur le côté de la poitrine, et d'un bracelet également lacé à la partie inférieure du bras. Ces pièces s'appliquent à la manière accoutumée

et suivant les indications si bien établies par Desault et les chirurgiens modernes.

2.° *D'un compresseur mécanique* ajouté au bandage précédent. Trois pièces principales entrent dans sa composition : 1.° une espèce de cadre AA ; 2.° un ressort B ; 3.° enfin, une pelote C.

AA. Le cadre, formé par la réunion de plusieurs lames minces de fer doux, recouvertes en peau, est cousu à la partie postérieure de la ceinture, à l'endroit correspondant aux épaules qu'il embrasse. Il est spécialement destiné à offrir un point d'appui fixe et solide au ressort. Nous verrons plus bas qu'il remplit en outre une indication très-importante.

B. Le ressort, en acier trempé, forme à peu-près les trois-quarts d'un cercle. Son extrémité postérieure est attachée au cadre ; l'antérieure supporte la pelote. Passant, *comme une espèce de brayer*, au-dessus de l'épaule, mais sans y toucher, il se termine au niveau de l'articulation sterno-claviculaire sur laquelle il appuie de toute la force de son élasticité. Il est composé de deux et au besoin de trois lames superposées. Un bouton à double tête, ou *valet-à-patin*, glissant dans une coulisse, permet de rapprocher ces lames ou de les éloigner à volonté et parconséquent de graduer la pression. Ce ressort étant uni au cadre, au moyen d'un vis à tête, on peut facilement l'incliner à droite ou à gauche ; on peut aussi en alonger ou en raccourcir l'arc à la faveur de plusieurs trous placés à l'extrémité postérieure de chaque lame (1). Pour plus de propreté il est reçu dans une gaine en peau, ouverte au niveau de la coulisse.

C. La pelote consiste en une plaque de fer, ovale, un

(1) On sent qu'il serait très-facile de perfectionner ce moyen d'union.

peu concave, bien rembourrée et recouverte en chamois. Elle s'unit à l'extrémité antérieure du ressort au moyen d'une vis à tête. Une petite sphère roulant dans une cavité arrondie, comme dans les bandages herniaires de Wickham, formerait peut-être un moyen d'union préférable. D'ailleurs la courbure et l'inclinaison du ressort sont telles que la pelote se trouve dirigée d'avant en arrière, de bas en haut et de dedans en dehors. Trois courroies, cousues à la pelote, se rendent, en rayonnant, à autant de boucles attachées sur divers points de la ceinture, et assurent ainsi invariablement la compression. Une bride et un petit gousset tiennent l'avant-bras fléchi et la main dans l'immobilité (*voy.* la planche et l'explication qui l'accompagne).

Tel est l'appareil qui fut appliqué sur notre petite malade; plus de quinze jours s'étaient écoulés, soit à essayer l'emploi des bandes, soit à construire l'appareil, de sorte que l'accident datait déjà de trois semaines environ. La réduction fut cependant assez facile et peu douloureuse. Une fois ramenée à sa place naturelle la clavicule y a été maintenue de la manière la plus exacte : le déplacement ne s'est plus reproduit. Aujourd'hui la saillie est complètement effacée ; à peine restait-il, quand on a enlevé l'appareil, un léger gonflement des parties molles et un peu de rougeur à la peau, à l'endroit comprimé; le bras était en outre un peu amaigri sous le bracelet; faibles inconvéniens qui ont disparu en quelques jours.

L'enfant a porté cet appareil, nuit et jour, pendant trois mois, sans en être incommodée en aucune façon. Se servant, avec une étonnante adresse, de la main restée libre, elle a continué de se livrer à tous les jeux, sans que la pelote se soit jamais dérangée. M. Boyer qui, comme je l'ai dit, avait été consulté, dans les premiers jours de l'accident, a visité de nouveau l'enfant six se-

maines après l'application de l'appareil : l'amélioration était telle alors qu'il n'a plus douté de la possibilité d'obtenir une guérison complète et sans difformité. Sur l'avis de ce digne maître, un sachet de folle fleur de tan, trempé dans une décoction vineuse de roses de Provins a été mis sous la pelote, pour ajouter à son effet et consolider de plus en plus l'articulation. Il y a deux mois que l'appareil a été définitivement ôté, et rien n'annonce que le déplacement doive se reproduire.

Une grande partie du succès obtenu chez notre petite malade appartient sans doute au bandage de Desault, modifié comme nous l'avons dit; c'est par son action que la clavicule, tirée en dehors avec le moignon de l'épaule, a été restituée dans sa place naturelle. Mais il est évident qu'employé seul, ce bandage n'aurait pas suffi, puisque, en pareil cas, il s'est toujours montré insuffisant. La pelote en a certainement secondé les effets, maintenant, par une pression directe, graduée à volonté, la clavicule dans la cavité du sternum, cette pelote ajoute, à l'extension incessamment opérée par le bandage de Desault, *un moyen de contention* qui lui manquait. Ces deux parties de l'appareil sont donc également importantes; en elles cependant ne réside pas toute sa puissance; je crois qu'il faut aussi faire la part du cadre appliqué sur les épaules.

Pour se faire une idée de l'utilité de cette dernière pièce et de son action telle que je la conçois, il est nécessaire de remarquer les rapports intimes, la connexion étroite qui existent entre la clavicule et l'omoplate. Cette connexion et ces rapports sont tels que ces deux os doivent être considérés comme ne formant *qu'un seul levier* et en quelque sorte une *seule pièce*. Ils sont si étroitement unis en effet, que l'un ne saurait se mouvoir sans entraîner l'autre dans ses mouvemens. Les anatomistes,

Bichat surtout (*Anatomie descriptive*), ont parfaitement établi cette vérité : centre de tous les mouvemens et de tous les efforts de l'épaule, la clavicule est en quelque sorte à l'omoplate ce que la branche horizontale du pubis est à l'os des îles.

Il résulte de là que, pour fixer la clavicule d'une manière invariable, il faut fixer aussi l'omoplate ; car, tant que vous laisserez à ce dernier os, auquel s'attachent des muscles si nombreux et si puissans, la liberté de se mouvoir, il entraînera nécessairement l'autre dans ses mouvemens. Or, tel me paraît être l'effet du cadre ; appuyant sur l'omoplate comme la pelote sur la clavicule, il gêne les mouvemens du premier de ces os, et contribue ainsi à l'immobilité de l'épaule qui, comprimée d'avant en arrière, en même temps qu'elle est tirée en dehors, ne forme plus, pour ainsi dire, qu'un seul tout avec le thorax. Je suis bien persuadé que le résultat obtenu sur la petite malade est dû en grande partie à cette pression du cadre sur l'omoplate, et je pense qu'en pareil cas on devrait toujours y avoir recours, afin d'assurer l'immobilité du *scapulum*, sans laquelle, encore une fois, on ne saurait obtenir celle de la clavicule.

Je m'étonne d'ailleurs que l'on n'ait pas fait attention à l'indication que je viens d'exposer; elle n'est mentionnée nulle part. Je sais seulement, et je me fais un devoir de le dire, que M. le docteur L. C. Roche, ayant eu à traiter *une fracture* de la clavicule, fut frappé de la disposition de l'angle inférieur de l'omoplate à faire saillie, comme par un mouvement de bascule; qu'il y appliqua des compresses graduées, soutenues par plusieurs tours de bande, et qu'il dût à ce moyen, combiné avec le bandage ordinaire de Desault, une consolidation tout-à-fait exempte de difformité.

Ce fait, comme on voit, vient à l'appui de nos idées;

rapproché de l'observation de notre malade, il prouve la nécessité d'agir sur l'omoplate pour contenir efficacement la clavicule lorsqu'elle est luxée ou bien fracturée. On sent d'ailleurs que si M. Roche s'est bien trouvé de l'emploi d'un simple tampon de linge, soutenu par quelques tours de bande, on obtiendrait un effet bien plus marqué d'un bandage mieux approprié.

Ce sont ces considérations qui me portent à croire que l'appareil qui m'a si bien réussi pour la luxation de la clavicule pourrait bien n'être pas sans avantage pour la fracture de cet os : il faudrait pour cela lui faire subir quelques modifications. On devrait, par exemple, donner à la pelote une plus grande étendue transversale, et la creuser en gouttière de manière à contenir la clavicule dans toute sa longueur. Pour plus de précision, on prendrait l'empreinte de la partie avec de la cire molle. Il serait avantageux en outre de donner au cadre une conformation telle qu'il embrassât exactement et emboitât l'omoplate, tout en la comprimant assez fort pour gêner la contraction des muscles qui s'y attachent, etc. Du reste, je livre ces idées à la méditation des chirurgiens.

L'idée d'exercer une compression directe sur la tête de la clavicule luxée en avant a dû se présenter à tous ceux qui ont observé cette luxation; aussi tous les auteurs en font-ils un précepte. Mais jusque là on s'était toujours borné à employer des compresses graduées, soutenues par quelques tours de bande, moyen trop peu efficace qui ne saurait empêcher le déplacement de se reproduire. Un compresseur mécanique m'a paru bien plus propre à remplir cette indication. Il paraît que la même pensée s'était offerte pour un cas particulier *de fracture* de la clavicule, à un chirurgien cité par Brasdor. « J'ai vu, dit-il, chez M. Vacher, un jeune homme dans lequel cette saillie (de la clavicule fracturée) était si considérable et si constante,

qu'il fut obligé de se servir, pour la réprimer, d'une pelote à-peu-près semblable à celle d'un brayer. Elle était portée sur une tige dont l'extrémité était fixée à l'aisselle du côté opposé. (Brasdor, *Mém. sur la fract. de la clav.*, t. XIV (in-12), pag. 530, *des Mém. de l'Acad. roy. de chirurg.*)

Quant à l'idée de faire le ressort à plusieurs lames et d'employer, pour les rapprocher ou les éloigner, un bouton à coulisse, de manière à graduer la pression, je l'ai empruntée à un bandage décrit par Louis, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, et qui fut employé autrefois par Ruffin, mort chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis, et Andouillé, pour un cas de fistule salivaire. Possesseur de ce bandage, que l'on voit figuré dans le tome XV des *Mémoires de l'Académie*, je l'ai donné pour modèle au bandagiste chargé de confectionner l'appareil de ma petite malade (1).

Explication de la planche.

Fig. I.re L'appareil appliqué, vu par devant.

aaaa. La ceinture en forme de corset, garnie d'élastiques, et lacée sur le côté; elle embrasse la poitrine dans la plus grande partie de son étendue; on pourrait la faire moins grande.

b. Le coussin cunéiforme; il est cousu au corset.

c. Le bracelet; d. sa courroie antérieure attachée à une boucle.

C. La pelote; e. e. e. les trois courroies qui l'assujettissent au corset au moyen de trois boucles.

B. Le ressort, avec son enveloppe de peau.

f. Bride, en forme de bretelle, attachée à une boule.

g. Autre bride pour soutenir l'avant-bras.

h. Gousset pour la main.

---

(1) Ce bandagiste est M. Charbonnier, rue Saint-Honoré, N.o 341, déjà connu par d'utiles inventions.

Fig. II. L'appareil appliqué, vu par derrière.
aa. Le corset.
b. Le coussin cunéiforme.
c. Le bracelet ; d. sa courroie postérieure attachée à une boucle.
AA. Le cadre garni de peau et cousu au corset.
B. Le ressort ; e. vis à tête qui l'unit au cadre, et permet de l'incliner en dehors ou en dedans.
f. La bride en forme de bretelle.

Fig. III. Le compresseur isolé du bandage.
AA. Le cadre.
B. Le ressort sans son enveloppe.
C. La pelote.

Fig. IV et V. Le ressort détaché des autres pièces.
a. b. c. (*fig.* IV). Les trois lames qui le composent.
d. (*fig.* IV) et d' (*fig.* V). Le bouton à double-tête ou *valet-à-patin*, pour rapprocher et écarter ces lames, et graduer ainsi la pression. Il les rapproche si on le pousse du côté de la pelote ; il les écarte, ou plutôt elles s'écartent par leur élasticité, si on le tire du côté du cadre. Elles sont écartées sur la *fig.* IV, parce que le bouton est au commencement de sa course, en d. ; elles sont rapprochées sur la *fig.* V, parce qu'il est à la fin de sa course, en d'. Dans le premier cas, le ressort plus ouvert exerce une pression moindre, dans le second il est plus fermé et presse davantage sur la pelote.

Fig. VI. La pelote ; elle est ovale et un peu échancrée du côté du cou. La plaque qui la forme, légèrement concave du côté de la clavicule, se relève un peu au niveau du sternum. Elle offre sur sa face externe, à l'endroit qui reçoit la vis, une petite saillie ou tige de deux lignes environ : c'est cette tige qui détermine, par sa coupe oblique, l'inclinaison de la pelote en haut et en dehors.
a. Vis à tête qui unit la pelote au ressort.
b. c. d. Ses courroies indiquées.

Recherches sur l'affection épidémique qui règne maintenant à Paris; par M. Genest, *D. M. P., chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.* (II.° article.)

J'ai cherché à retracer dans les observations précédentes (*voy.* le Numéro d'octobre) toutes les formes (1) qu'a prises la maladie que l'on nomme affection épidémique de Paris, en attendant qu'elle ait reçu un nom qui lui soit propre); dans tous les cas de cette maladie que j'ai eu l'occasion d'observer et qui sont en grand nombre, j'ai constamment retrouvé les mêmes formes; les seules différences ont été dans l'intensité des symptômes. Afin de faire connaître les variétés d'intensité de ces symptômes, que souvent même il m'a été impossible d'indiquer dans les observations, je vais passer ces derniers en revue, commençant par ceux qui se sont offerts dans le plus grand nombre de cas.

Engourdissement. — Tous les malades, sans presqu'aucune exception, qui sont atteints de l'affection épidémique, se plaignent d'un état des pieds et des mains, et quelquefois de diverses autres parties du corps dans lequel il y a diminution seulement de la sensibilité spéciale de la peau et des tissus sous-cutanés; chez quelques-uns, mais en petit nombre, il y a abolition complète de toutes les sensations dont ces organes sont les siéges. Au début,

(1) L'une des observations qui devait être insérée dans l'avant-dernier Numéro a été oubliée par erreur de rédaction; comme elle avait rapport à une des formes les plus tranchées de la maladie, et que cette forme m'a paru mériter une attention toute particulière pour le traitement, j'ai réparé cet oubli en parlant du traitement.

ce n'est d'abord qu'un sentiment de froid, accompagné de diminution de la sensibilité, qui s'empare des pieds, et après avoir duré plus ou moins long-temps est remplacé par l'engourdissement proprement dit ou même disparaît complètement.

L'engourdissement ne paraît se lier nécessairement à aucun des autres symptômes, et cependant dans aucun cas je ne l'ai observé seul; il existe presque toujours aux pieds, très-souvent aux pieds et aux mains, quelquefois aux mains seulement, ne dépassant pas les malléoles pour les membres inférieurs, et l'articulation du poignet pour les supérieurs, plus rarement aux bras et aux jambes, aux parois abdominales, au cuir chevelu, etc.

Il survient ordinairement dès le début de la maladie, et est aussi le dernier symptôme qui disparaisse.

Fourmillement; élancemens, douleurs spontanées. — Au symptôme précédent, se joint très-souvent un sentiment de fourmillement ou de formication semblable à celui que l'on éprouve dans les deux derniers doigts de la main, lorsque le coude est frappé fortement dans une certaine direction contre un corps dur, ou dans la jambe lorsqu'après être restée long-temps dans une position particulière où elle s'est engourdie, elle commence à redevenir sensible. Quelques malades comparent encore cette sensation à celle que déterminerait la présence d'un grand nombre de fourmis qui leur marcheraient sur les pieds et sur les mains, et qui pénétreraient dans les chairs. Mais dans d'autres cas les fourmillemens sont plus douloureux; alors ils sont plus rares, et les malades les comparent à des piqûres d'épingles ou à des coups de lancettes que l'on enfoncerait en grand nombre dans les organes douloureux; d'autres disent qu'en appuyant les pieds sur le sol, ils croient marcher sur de petits cailloux. Enfin, dans d'autres cas qui sont même très-fréquens, ce

ne sont plus des piqûres d'épingle ni des coups de lancettes que les malades croient ressentir, ce sont des douleurs extrêmement fortes, sous forme d'élancemens, qui leur font même quelquefois pousser des cris lamentables et les privent de sommeil pendant des mois entiers.

Ces douleurs ont spécialement leur siège dans les pieds; elles sont rarement très-fortes dans les mains; elles augmentent beaucoup par la pression, ce qui empêche les malades d'appuyer le pied sur la terre et de marcher. Dans les membres elles affectent un mode particulier; ce sont des tiraillemens comme si l'on déchirait les chairs ou que l'on brisât les os.

Enfin, je dois aussi parler des *douleurs non spontanées* que la moindre pression sur les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes, développe instantanément chez ceux dont la maladie est grave, et dont les membres sont comme émaciés. Alors la plus légère pression, sur le mollet par exemple, occasionne de vives douleurs. Elles sont moins fortes chez ceux qui ne sont pas réduits à l'état dont nous parlons, et n'existent pas chez un très-grand nombre.

Les douleurs ne viennent ordinairement que plus ou moins long-temps après l'engourdissement et disparaissent toujours avant lui.

Troubles des fonctions des voies digestives.— Ces dérangemens qui ont beaucoup varié, depuis la simple perte de l'appétit jusqu'au dévoiement le plus opiniâtre, souvent sanguinolent, et jusqu'aux vomissemens de sang, nous ont paru être l'un des symptômes les plus remarquables et les plus fixes de la maladie; mais ici nous nous trouvons en opposition avec plusieurs médecins, de ceux même qui, par leur position dans les hôpitaux, ont pu recueillir beaucoup d'observations, et qui ne considèrent l'état des voies digestives dont nous parlons, que comme une

simple coïncidence. Quelque défiance que nous ayons de notre propre opinion lorsqu'elle est en opposition avec celle de médecins aussi distingués, nous ne pouvons cependant nier les faits que nous avons observés : sans doute il est possible qu'un plus grand nombre des malades chez lesquels ces symptômes existaient se soient offerts à moi, tandis que le contraire serait arrivé aux médecins qui disent n'avoir rencontré que rarement l'embarras gastro-intestinal avec cette affection ; mais l'erreur qui résulterait de cette cause ne pourrait être que très-légère sur une masse de faits imposante : je citerai d'abord les soldats qui ont été malades dans les casernes ; je me suis assuré par les rapports des médecins militaires et des soldats malades eux-mêmes que chez tous ou presque tous il y a eu perte de l'appétit ; chez un très-grand nombre du dévoiement, et chez beaucoup des vomissemens ; et la perte de l'appétit n'a pas consisté seulement dans le dégoût pour les substances animales, tous les alimens leur répugnaient également, excepté cependant la salade qu'ils mangeaient avec plaisir et digéraient bien. Je regrette de ne pouvoir exprimer en chiffres les nombres de ceux qui ont été affectés, dans les casernes, de perte d'appétit seulement, de diarrhée et de vomissemens : il m'a été impossible de me procurer à cet égard des renseignemens assez positifs pour être donnés ici; mais sur cinquante-deux malades que j'ai observés avec soin tant dans les hôpitaux qu'en ville, quarante-neuf ont éprouvé des dérangemens des fonctions digestives consistant en perte d'appétit seulement chez huit, tandis que les vomissemens et le dévoiement se sont joints à cette perte de l'appétit chez quarante-un autres ; les vomissemens ont cependant été moins fréquens que la diarrhée.

La perte de l'appétit, lorsqu'elle était seule, s'accompagnait d'un sentiment de plénitude, de pesanteur de l'es-

tomac et quelquefois de constipation. Chez quelques-uns les vomissemens et la diarrhée revenaient alternativement à quelques jours de distance.

Les vomissemens ne paraissaient pas dépendre d'un excès dans les sécrétions des fluides qui arrivent à l'estomac ; c'était surtout après l'ingestion des alimens, même des simples boissons, qu'ils avaient lieu, et rarement ils étaient ce qu'on appelle bilieux. Ils étaient précédés d'efforts et souvent ne consistaient qu'en des vomituritions.

L'émétique en vomitif a paru les calmer plusieurs fois ; même lorsqu'ils ne faisaient pas l'objet d'un traitement spécial ils n'étaient pas de longue durée.

Le dévoiement était souvent très-fort ; de quatre, cinq à vingt-quatre et trente selles dans les 24 heures, quelquefois bilieuses, rarement très-abondantes ; sans épreintes ; quelquefois sans colique, mais souvent avec des douleurs colliquatives très-fortes, et même de la sensibilité à l'épigastre et dans toute l'étendue de l'abdomen. Rarement la langue était rouge ; il y avait de la fièvre dans les cas où le dévoiement était le plus fort. — Les purgatifs employés à ma connaissance ont été plus nuisibles qu'utiles.

Les vomissemens ne se sont dans aucun cas prolongés très-avant dans le cours de la maladie ; le dévoiement, au contraire, a souvent été entretenu pendant plusieurs mois et même jusqu'à la fin ; cessant durant quelques jours pour reparaître aussitôt, sans qu'il y eût eu d'excès dans l'alimentation.

Dans beaucoup de cas ces troubles des fonctions digestives ont paru dès le principe et même avant tous les autres symptômes ; le plus souvent cependant ils se développaient en même temps que les autres ou même plusieurs semaines plus tard.

Œdème des mains, des pieds, de la face et de tout le corps. — Après les troubles des fonctions digestives, l'œdème de diverses parties du corps est le symptôme qui s'est offert le plus souvent : plus des deux tiers des malades nous ayant présenté cette complication, il serait impossible d'en faire une affection à part et indépendante de la maladie principale (1). En outre, comme cet œdème a souvent été très-peu considérable, complètement indolent et de courte durée, on peut soupçonner que chez quelques-uns des malades qui n'en ont pas accusé, cet état a passé inaperçu. Cet œdème consiste en un simple gonflement de la partie qui en est le siége, sans coloration constante de la peau ou avec des taches semblables à des ecchymoses, souvent sans douleurs, quelquefois avec des douleurs différentes de celles dont nous avons parlé, le doigt ne laissant pas d'impression dans la plupart des cas; il augmente un peu le jour par la station verticale et diminue peu la nuit.

Les parties qui en sont le plus souvent le siége, sont la face, où il occupe surtout les lèvres et les joues, imitant assez bien l'érysipèle indolent, mais se terminant sans desquammation, ensuite les pieds, puis les mains; il n'est pas rare de le voir occuper tout le corps, et alors c'est une bouffissure général, ou seulement des parois abdominales.

(1) Existerait-il quelque rapport de cause entre l'œdème si fréquent dans la maladie dont nous nous occupons, et les nombreux épanchemens de la poitrine, l'abdomen et le tissu cellulaire que les médecins qui voient beaucoup de malades, dans les hôpitaux, par exemple, ont observé cette année? Cette question est importante; elle se rattache à la nature des épidémies, à leur manière d'agir, à l'influence que leur cause peut exercer sur les affections co-existantes; mais les médecins seulement que leur âge et leur position ont mis à même d'observer avec soin un grand nombre d'épidémies, pourraient y répondre.

Cet œdème se présente ordinairement dès le début et précède les picottemens ou l'engourdissement. C'est lorsqu'il diminue que ces symptômes commencent à se faire sentir. Il ne se prolonge jamais pendant toute la maladie; rarement sa durée dépasse celle du dérangement des voies digestives.

Ophthalmie. — Je désigne par ce mot l'état des yeux qu'ont présenté au moins les deux tiers des malades que j'ai observés, quoique dans la plupart des cas ce ne fût pas une ophthalmie proprement dite : état caractérisé, 1° par des douleurs variant beaucoup, depuis les élancemens très-vifs jusqu'à un simple picottement, jusqu'à la sensation de petits corps étrangers placés entre le globe de l'œil et les paupières; 2° par de la rougeur qui occupe chez les uns la conjonctive oculaire, chez les autres la conjonctive palpébrale, ou même le bord libre et extérieur des paupières. Chez un seul malade cet état a déterminé une ulcération superficielle de la cornée. On l'observe surtout chez les personnes qui ont de l'œdème à la face, et son début se confond avec celui de l'œdème; mais tandis que ce dernier disparaît au bout de peu de jours, les yeux restent péniblement affectés pendant la plus grande partie de la durée de la maladie.

Changement de couleur de la peau. — Durant les diverses périodes de cette affection la peau n'éprouve quelquefois aucun changement dans sa coloration. D'autres fois, au contraire, sa couleur éprouve des modifications diverses, et que je rapporterai aux trois variétés suivantes : 1° *Rougeur érythémateuse des pieds et des mains.* Dans quelques cas on voit, dès le début, la peau, tuméfiée ou non, prendre autour des pieds, au-dessous des malléoles, sur les articulations des doigts et des orteils, dans la paume de la main, une couleur rouge absolument semblable à celle que l'on observe dans les engelures; elle disparaît par la pression, est accompagnée d'une légère douleur à

la peau, différente des douleurs dont j'ai déjà parlé. Cette rougeur ne tarde pas à disparaître ; mais à une époque plus avancée de la maladie, il n'est pas rare, lorsque la plante des pieds et les mains ont été dépouillées plusieurs fois de suite en peu de temps de leur épiderme, de les voir présenter une rougeur uniforme, fort intense, et qui ne disparaît que très-lentement et très-tard. Cette dernière rougeur semble être due à l'absence ou à la ténuité de l'épiderme qui laisse voir des tissus fortement colorés que dans l'état ordinaire il est chargé de recouvrir ; 2.° *Taches semblables à des ecchymoses, à des taches scorbutiques.* —On trouve aussi quelquefois, dès le début, sur diverses parties du corps, et principalement sur les jambes, de larges taches d'un rouge vif, assez bien circonscrites, sans saillie de la peau, mais avec un peu d'œdème et de sensibilité à la pression, et qui, au bout de quelques jours seulement, prennent une couleur foncée semblable absolument à des ecchymoses et disparaissent après un temps plus ou moins long ; 3.° *Coloration de l'épiderme en brun et même en noir.* — Chez un nombre de malades assez considérable, un tiers, par exemple, on voit la peau, brune ou même blanche, prendre, à des époques différentes de la maladie et quelquefois dès le début une teinte brune qui va même chez quelques-uns jusqu'à un noir très-foncé. Cette couleur n'occupe pas également toutes les parties du corps. La peau qui recouvre l'abdomen, celle du col, celle qui se trouve dans le pli de toutes les grandes articulations, en est spécialement affectée. Quelquefois tout le corps présente la même nuance : il est très-rare que la face participe à cette coloration, souvent si légère que les malades ne s'en aperçoivent qu'en examinant leurs bras et leur ventre avant de répondre lorsqu'on leur demande s'ils n'ont pas changé de couleur. Chez un malade qui est encore en ce moment (10 novembre) dans les salles de M. le docteur Biett, à

l'hôpital Saint-Louis, la peau est partagée en de larges taches noires ou blanches, mais très-bien circonscrites et sans aucune teinte intermédiaire sur leurs bords (1). Cette coloration de l'épiderme ne doit pas être confondue avec les précédentes; elle en diffère essentiellement par l'aspect et par le siége. Dans les taches noirâtres, semblables aux taches scorbutiques, la coloration est évidemment assez profonde dans les tissus cutanés; au contraire, dans la coloration dont je parle, c'est l'épiderme seulement qui paraît coloré; on dirait une couche d'une crasse plus ou moins noire, étendue sur la peau; et lorsque, par les progrès de la maladie, des portions de cet épiderme coloré viennent à se détacher, les parties qui en restent semblent plus foncées que l'épiderme nouvellement mis à nu, ou même font un contraste remarquable avec ce nouvel épiderme s'il est blanc, ce qui arrive né-

(1) Perçois, âgé de 70 ans, maçon, rue St.-Germain-l'Auxerrois, jouissait d'une bonne santé et avait la peau blanche, quand il fut pris tout-à-coup, dans les premiers jours d'août, d'étouffement avec perte de l'appétit et dévoiement. Au commencement de septembre, il lui vint des plaques brunes qui, parties des aines, se répandirent sur tout le corps, laissant entre elles des espaces où persistait la couleur naturelle. Vers le milieu de septembre, les pieds et la face présentèrent de l'œdème qui fut remplacé à la fin du même mois par de la raideur des extrémités, avec picotemens, sans douleurs, sans soubresauts ni crampes, sans fièvre, sans sueurs locales ou générales, mais avec des picotemens aux yeux, qui ont persisté long-temps; il est entré dans le mois d'octobre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Victor, N.° 6, service de M. Biett, où il est traité par les bains sulfureux. A l'époque où je l'ai examiné, à la fin d'octobre, les taches, au rapport du malade et des personnes qui l'avaient vu à son entrée, avaient déjà perdu beaucoup de l'intensité de leur couleur, et cependant elles étaient d'un brun bien foncé, et faisaient encore un contraste remarquable avec les taches blanches que l'on voyait presqu'également sur toutes les parties du corps, mais plus larges sur les parois abdominales.

cessairement à la fin de la maladie. Il y a même des points où il existe plusieurs couches d'épiderme ainsi coloré superposées et entourées d'épiderme blanc. On dirait de petites îles que l'on reconnaît et à la vue et au toucher; toute la peau est blanche ou brune, et l'on remarque à la surface quelques points d'un quart de ligne et même d'une demi-ligne d'épaisseur, que l'on prendrait pour des saletés amassées ainsi par négligence; mais on emploie vainement l'eau tiède pour les enlever, et les bains que prennent les malades n'accélèrent que peu la chute de cet épiderme. Je ne me suis arrêté long-temps sur ce point que parce que, comme on a prétendu que cette coloration était profonde et ne se bornait jamais à l'épiderme, j'ai cru devoir distinguer très-positivement les cas où elle est superficielle de ceux où elle affecte les tissus sous-épidermiques.

Éruptions. — Je viens de parler de la rougeur érythémateuse que l'on observe aux pieds et aux mains au début de l'affection et dans une période plus avancée. Cette éruption est celle qui s'est offerte le plus fréquemment; j'ajouterai seulement que, chez quelques malades, ces mêmes organes ont présenté une grande quantité de petites élevures de forme papuleuse, de petits boutons sans auréole, de forme conique, terminés en pointe, et qui, après avoir persisté long-temps, ont disparu sans suppuration. Chez d'autres, et en grand nombre, ce sont des phlyctènes qui se forment sur les pieds et les mains dès le début de la maladie, et reparaissent pendant plusieurs jours après qu'on a occasionné leur affaissement en faisant écouler la sérosité qui les remplissait. Chez quelques-uns, les membres, le dos, offrent des taches cuivreuses semblables pour la couleur et la forme à celles que l'on considère comme siphylitiques. Ailleurs, ce sont des furoncles dont la marche est lente et douloureuse.

Desquammation. — Lorsque l'affection a déjà duré

quelque temps, lorsque surtout les extrémités ont présenté des phlyctènes au début, on voit dans presque tous les cas l'épiderme se détacher par plaques d'autant plus larges qu'il est plus épais, ce qui peut se faire à plusieurs reprises ; en sorte que chez quelques malades les pieds et les mains ont été dépouillés plusieurs fois de tout leur épiderme. A la fin ces parties se trouvent recouvertes d'un épiderme tellement fin, qu'elles paraissent d'un rouge vif et uniforme. Cette desquammation n'a pas lieu seulement aux pieds et aux mains, on la voit aussi arriver sur presque tout le corps ; mais elle y est bien moins considérable, et souvent est à peine perceptible. Je n'ai pas remarqué que les ongles, les cheveux, les poils éprouvassent quelque altération analogue à celle de l'épiderme. C'est à cette desquammation ou plutôt à l'état de l'épiderme qui la précède, que l'on a voulu attribuer la diminution de la sensibilité de la peau, par la présence de plusieurs couches d'épiderme qui, interposées entre le corps et les papilles nerveuses de la peau, feraient l'office de corps étrangers, et empêcheraient la sensation d'avoir lieu. Mais cette explication repose sur un fait inexact, car lorsque la desquammation se fait, on ne voit pas se soulever à la fois plusieurs couches d'épiderme, si ce n'est dans les points où dans l'état ordinaire il en existe plusieurs, comme à la plante des pieds, au talon. D'ailleurs, l'absence de la sensibilité n'existe pas seulement avant la chute de l'épiderme, elle persiste même après, lorsque les pieds et les mains sont dans cet état que j'ai déjà décrit, et recouverts d'un épiderme extrêmement fin, cas dans lequel la diminution de la sensibilité doit nécessairement dépendre d'une autre cause.

Transpirations cutanées.—Cette sécrétion se présente sous deux formes différentes ; elle est locale ou générale : dans le premier cas, bornée seulement aux mains et aux pieds, mais surtout à ces derniers, elle les maintient dans

une espèce de bain local, et ne dépasse pas la cheville. Par tout ailleurs la peau reste sèche. Ce phénomène se retrouve chez un assez grand nombre de malades qui avant n'étaient pas sujets aux sueurs des pieds. Chez quelques-uns ces sueurs locales sont très-froides.

Les sueurs locales viennent à des époques irrégulières, d'autres fois et plus souvent régulières, périodiques même; elles affaiblissent peu les malades, quoique souvent très-abondantes; elles ne paraissent pas appartenir à une époque déterminée de la maladie, ni se lier à des symptômes fébriles appréciables. Ces sueurs, qui revenaient très-abondamment chaque nuit depuis quatre mois chez un individu jeune et offrant d'ailleurs tous les autres symptômes de la maladie épidémique, n'ont pas empêché que, sans cause appréciable, sans aucune douleur pleurétique, sans accidens fébriles notables, il ne se soit fait un épanchement séreux considérable d'un côté de la poitrine, épanchement dont la dyspnée a été le premier indice. Ce malade est encore en ce moment au n.° 34 de la salle Sainte-Magdeleine à l'Hôtel Dieu, où l'épanchement pleurétique s'est fait plusieurs jours après son entrée. Il faut noter qu'il était couché à l'extrémité d'un rang de lits, près de larges croisées que l'on est souvent obligé d'ouvrir.

Fièvre. — Dans la plupart des cas, l'affection est complètement apyrétique; mais il en est quelques autres où la fièvre continue pendant un certain temps, puis cesse et revient de nouveau; dans d'autres enfin il y a quelques jours d'une fièvre très-forte à l'époque où les accidens des voies digestives offrent le plus d'intensité. Cette fièvre est très-irrégulière, avec redoublement non périodique, et cesse quelquefois subitement lorsqu'elle est le plus forte. Elle n'est accompagnée ni de frissons ni de sueurs. Chez quelques malades qui ne présentaient pas les autres symptômes fébriles, j'ai trouvé le pouls très-fréquent, et

cela pendant quinze et vingt jours de suite et sans amaigrissement remarquable.

Le sang tiré de la veine pendant la période inflammatoire la plus intense, a présenté une large couenne ; dans d'autres cas il y avait absence de couenne, mais très-forte cohésion du caillot.

Soubresauts des tendons, spasmes, crampes. — Un petit nombre seulement de malades ont présenté ces accidens nerveux. Ceux qui ont eu des crampes n'en éprouvaient qu'aux extrémités inférieures; les soubresauts des tendons qui ont été offerts par un nombre de malades un peu plus considérable, étaient ou généraux ou seulement partiels. Ces derniers se remarquaient surtout aux bras et aux jambes, mais ils étaient peu fréquens, ne se répétaient que quelquefois seulement dans une heure et à certaines époques de la journée, et envahissaient tout le membre. Je n'ai observé les soubresauts généraux que chez un des malades, celui qui fait le sujet de la VII.e observation. C'était une espèce de tressaillement de toutes les parties du corps, et qui lui faisait faire un mouvement sur lui-même, revenant presqu'à chaque minute, durant plusieurs heures chaque jour, et toujours aux mêmes heures.

Faiblesse des organes contractiles. — Lorsque les douleurs n'existent pas encore, et plus souvent lorsqu'elles sont dissipées, les malades chez lesquels l'affection a été grave éprouvent une impossibilité, non complète cependant, de marcher ou de mouvoir les bras, impossibilité qui ne dépend pas, comme au début ou dans le cours de la maladie, des douleurs que ces mouvemens peuvent occasionner dans les muscles des jambes et des bras, mais bien d'une faiblesse réelle de ces organes, qui, malgré une ferme volonté, ne peuvent se contracter fortement. Les malades se croient guéris complètement; ils se sen-

tent forts; ils descendent de leur lit, et sont très-étonnés de voir leurs jambes plier sous le poids de leur corps seulement. Cet état ne persiste pas long-temps. Cette observation, que j'avais déjà faite sur beaucoup de malades, m'a été confirmée par M. Miramont, chirurgien aide-major du 64.ᵉ de ligne caserné à l'Oursine, qui a été obligé d'exempter de service, pour cette cause seulement, beaucoup de militaires, quelque temps même après que les autres symptômes de l'affection avaient disparu.

Amaigrissement. — C'est surtout aux extrémités que l'amaigrissement est remarquable, et chez ceux dont la maladie présente quelque gravité. Chez les autres il est souvent nul ou à peine sensible; mais les malades qui sont restés pendant plusieurs mois soumis aux douleurs et aux élancemens dont j'ai parlé, arrivent à un état d'émaciation presque complète, état qui s'est le plus souvent présenté chez ceux dont la coloration de l'épiderme était le plus altérée. Il ne se développe que quand l'affection existe déjà depuis long-temps, et disparaît avec les derniers symptômes.

Après avoir ainsi passé en revue tous les symptômes et tous les accidens que présente cette affection, je vais donner rapidement l'histoire générale, négligeant tous les détails, afin de ne pas répéter ce qui se trouve ou dans les observations rapportées, ou dans l'étude des symptômes que je viens de faire.

Marche. — On peut distinguer dans la marche de cette affection trois périodes caractérisées par des symptômes distincts et des époques différentes.

Première période, à laquelle appartiennent, 1.° les dérangemens des voies digestives avec perte de l'appétit, vomissemens ou diarrhée, état qui souvent se prolonge même jusqu'à la fin de la seconde période ; 2.° L'œdème des pieds, des mains, de la face, et des diverses autres

parties du corps; 3.° La rougeur érythémateuse des bords du pied, de la peau qui recouvre les articulations des orteils et des doigts; 4.° L'état inflammatoire des paupières ou de la conjonctive; 5.° Certaines taches ressemblant aux taches des scorbutiques, et qu'il ne faut pas confondre avec la coloration de l'épiderme. On ne trouve pas tous ces symptômes réunis chez tous les malades; souvent il n'en existe que quelques-uns; d'autres fois on les observe tous. La durée de cette première période varie beaucoup; quelquefois elle manque complètement ou est à peine perceptible; dans certains cas elle dure jusqu'à un mois et plus. Il paraît que dans les premiers mois de 1828, M. le docteur Bally a observé dans ses salles de médecine, à la Pitié, un grand nombre de malades qui n'offraient que quelques-uns des symptômes de cette première période, et qui, au bout d'une quinzaine ou d'une vingtaine de jours, sortaient complètement guéris.

II.e *période*. Caractérisée par l'engourdissement des pieds et des mains, et quelquefois de diverses autres parties du corps, auquel se joignent bientôt des douleurs spontanées sous formes d'élancemens plus ou moins forts, avec ou sans fièvre, avec ou sans coloration de la peau, avec ou sans desquammation de l'épiderme, avec ou sans sueurs, soit locales, soit générales. Lorsque, durant cette période, le dérangement des voies digestives ne persiste pas, leurs fonctions jouissent ordinairement de toute leur intégrité, au milieu d'accidens nerveux souvent graves. Si tous les symptômes sont graves, il survient un état d'amaigrissement très-sensible, surtout aux extrémités, des soubresauts, des crampes; la diarrhée ne cesse pas; les selles deviennent même sanguinolentes; le marasme augmente et le malade meurt. La durée de cette période varie, depuis quelques jours seulement, jusqu'à plusieurs mois.

IIIe *période.* Caractérisée par la cessation successive des divers symptômes, par un état de faiblesse remarquable dans les muscles des membres. Cette période peut être très-longue; pendant sa durée, la peau reprend sa coloration naturelle; les muscles recouvrent leur force ordinaire, toutes les parties reviennent à leur embonpoint habituel.

Variétés. Les différentes formes que j'ai observées, et dont on a vu des exemples dans les observations précédentes, se réduisent à :

1.° Celle où les symptômes nerveux ont existé seuls, et seulement aux pieds et aux mains;

2.° Celle où des dérangemens des voies digestives se sont joints aux premiers symptômes;

3.° Celle où le début a été marqué par un état de gonflement de presque tout le corps ou de diverses parties du corps seulement;

4.° Celle où il y a eu coloration en brun ou en noir de l'épiderme;

5.° Celle qui s'est accompagnée d'éruptions inflammatoires érythémateuses, papuleuses, phlyeténoïdes, etc.

6.° Celle où les symptômes nerveux seuls ou compliqués ont occupé d'autres parties du corps que les pieds et les mains.

Durée. Elle varie depuis quelques semaines jusqu'à un temps encore illimité : car plusieurs des personnes qui ont été affectées les premières, au commencement de 1828, sont encore malades : ainsi le sujet de la septième observation.

Terminaison. Dans le plus grand nombre des cas elle a été heureuse, quoique tardive; mais déjà on compte quelques personnes qui ont succombé aux accidens graves que la maladie occasionne; je n'ai cependant vu périr que deux malades; j'en parlerai à l'occasion de l'anatomie pathologique.

A voir le peu d'attention que l'on fait à cette affection, même dans le monde médical, on la croirait d'une parfaite innocuité; et cependant, le dirai-je! l'hospice de *Marie-Thérèse*, depuis le 4 juin, jour où la maladie a envahi cet établissement pour y sévir ensuite avec plus de force que partout ailleurs, a perdu dix-huit de ses habitans, qui, si l'on en croit les bruits de la maison, sont morts presque tous des suites de l'épidémie, et parmi ces victimes, il faut compter la supérieure des religieuses chargées du service de l'hospice. Je ne puis dire quelle maladie a causé ces morts nombreuses; le seul fait positif que je puisse affirmer, et que je tiens de la supérieure actuelle, qui elle-même jouissait, il y a deux mois, avant de venir dans cette maison, d'une brillante santé, et qui, maintenant, est réduite à un état déplorable par cette maladie, c'est que cet hospice si bien situé, si bien disposé, si bien tenu, qui ne compte jamais plus de quarante personnes, en a perdu, depuis le 4 juin, dix-huit. Et en outre, plusieurs vieillards des deux sexes, qui étaient atteints des mêmes symptômes et craignaient le même sort, ont quitté la maison afin de l'éviter.

Caractères anatomiques. Après les observations rapportées dans le numéro d'octobre des *Archives*, j'exprimai l'espoir que de nouvelles occasions d'observer les lésions anatomiques nous conduiraient à une notion plus exacte de la maladie régnante. Ces occasions se sont offertes plusieurs fois, et, cependant, nos connaissances sont encore bornées à celle des symptômes.

Dans les cas où la mort a été le résultat d'une affection différente de la maladie régnante, mais coexistant avec elle, on a bien trouvé les lésions de la première, mais aucune altération à laquelle on pût rapporter la seconde. L'observation suivante est la seule de celles que

j'ai recueillies moi-même, où la mort ait été le résultat de la maladie épidémique : je la donne en abrégé.

Rouillon, âgé de 28 ans, garçon marchand de vin chez M.r C....., (*Voyez* la VII.e observation), éprouve dans le courant de juin un flux abdominal très-abondant, avec des coliques très-fortes et beaucoup de fièvre; il continue à travailler durant un mois, et alors me fait demander; déjà les pieds étaient engourdis et douloureux, mais sans tuméfaction. Je pensai d'abord que l'imitation (son maître éprouvait alors les mêmes symptômes) pouvait être la cause de cette espèce de sensation. Mes soins n'ayant eu presque aucun effet sur l'état de l'abdomen, j'engageai le malade à entrer à la Charité, où il fut reçu, salle Saint-Louis, n.° 28, dans le courant de juillet. Il présentait tous les symptômes connus, mais à un degré d'intensité rare. L'épiderme de tout le corps était profondément coloré en brun noirâtre. Il y avait une petite ulcération à la cornée de l'œil droit. Le marasme était déjà très-avancé. Divers moyens furent tentés et sans aucun succès; entre autres les purgatifs, et à diverses reprises : la diarrhée cessait, puis revenait continuellement. Cependant les douleurs avaient disparu, la peau était moins noire, l'amaigrissement moindre, et le malade marchait vers la convalescence, quand la diarrhée le reprit, et plus fort qu'auparavant. Les selles devinrent sanguinolentes, et le malade mourut dans les premiers jours de novembre.

La seule chose remarquable qu'ait présentée l'autopsie, c'est un état de contraction des gros intestins avec boursoufflement, et des ulcérations nombreuses de la muqueuse, et épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux des gros intestins et d'une partie des intestins grèles. Cet état ressemblait beaucoup à ce que l'on trouve assez souvent dans certaines diarrhées chroniques très-anciennes.

On ne peut pas considérer cette lésion anatomique comme constituant l'affection elle-même ; même en admettant qu'elle appartînt réellement à la maladie, il est évident qu'elle n'avait aucune influence sur les symptômes autres que ceux des voies digestives, puisque, malgré l'augmentation de ces derniers, les autres n'ont pas reparu vers la fin.

Pourrait-on supposer que cette lésion appartiendrait au commencement de l'affection et serait la cause des diarrhées si abondantes qui s'observent dès le début? Les faits manquent, il est vrai (1), mais la manière dont cette

---

(1) Depuis que ceci a été écrit, j'ai eu l'occasion de faire une autopsie dont je donne ici le résultat seulement.

Martin, âgé de 20 ans, imprimeur lithographe, rue Saint-Jacques, N.° 185, dont le père, la mère et trois frères ou sœurs sont malades comme lui, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 octobre, avec une toux suspecte et tous les symptômes de la maladie épidémique qu'il éprouve. Depuis le commencement de septembre, la diarrhée continue avec quelques momens de relâche jusqu'à la mort, arrivée le 8 décembre. A l'autopsie, on trouve les poumons farcis de tubercules peu volumineux et en partie ramollis ; le péritoine est rempli de sérosité purulente avec flocons, et on voit sur l'intestin grêle un grand nombre de petits points saillans, dont quelques-uns sont ouverts et laissent sortir par une légère pression les fluides contenus dans l'intestin. Il y a plusieurs perforations et un léger épanchement de matières fécales. Le gros intestin présente des ulcérations qui, vers l'S iliaque, n'intéressent que la muqueuse, puis plus loin la musculeuse, et au-dessus de la valvule iléo-cœcale, deviennent confluentes dans la longueur d'environ un pied. Plusieurs de ces ulcérations correspondent à de petits tubercules parsemés sous la séreuse, et dont quelques-uns, par leur ramollissement, ont produit les perforations indiquées.

Ce fait isolé ne serait d'aucune importance. Qu'y a-t-il de plus commun que des ulcérations des intestins chez un phthisique ; mais joint à ce qui a été observé dans les deux cas que j'ai cités,

diarrhée se termine dans la plupart des cas est une preuve du peu d'importance des lésions locales qui l'accompagnent.

Prognostic. Il paraît être peu grave si les symptômes nerveux existent seuls, ou si les dérangemens de voies digestives se calment au bout de peu de temps; mais si ces accidens persistent malgré un traitement et un régime convenables, l'affection peut se terminer par la mort du malade.

Il paraît aussi que les personnes qui sont devenues malades dès le commencement de l'épidémie ont été bien plus gravement affectées que celles atteintes dans les derniers temps, et chez lesquelles la maladie cède au bout de peu de jours. Si elle a fait autant de victimes à l'hospice de Marie-Thérèse qu'on le prétend, on peut la croire très-funeste pour les vieillards, ou attribuer ces morts à l'intensité avec laquelle la cause, quelle qu'elle soit, a agi dans ce lieu.

(*La fin au prochain Numéro.*)

---

et à ce qui m'a été assuré, que dans les autopsies faites à l'hospice de Marie-Thérèse, on a trouvé aussi des lésions du tube digestif, il confirme l'opinion que la diarrhée qui s'observe dès le début de la maladie, dépend de lésions organiques moins graves sans doute que ces dernières, mais qui n'en repoussent pas moins l'usage des purgatifs, des toniques, etc.?

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations pratiques sur plusieurs espèces d'ophthalmie ; par W. MACKENSIE, *chirurgien de l'hôpital de Glasgow pour les maladies des yeux* (1).

Les ophthalmies causées par les influences de l'atmosphère, et qui se montrent le plus fréquemment chez les adultes, sont, suivant M. Mackensie, au nombre de trois : l'ophthalmie *catarrhale*, l'ophthalmie *rhumatique*, et l'ophthalmie *catarrho-rhumatique*. Ces distinctions, établies par les auteurs allemands, et généralement admises dans les écoles de ce pays, sont à peine connues chez nous; ou bien, si elles le sont, on les regarde comme superflues et même ridicules. « Cependant, dit l'auteur, non-seulement je suis certain de l'exactitude et de la réalité des distinctions que je viens d'indiquer, mais une longue expérience des maladies des yeux m'a encore convaincu que ces distinctions qui, au premier abord, paraissent minutieuses, sont très-souvent indispensables pour traiter avec succès les diverses ophthalmies. Les trois dont nous avons parlé plus haut, par exemple, exigent des méthodes de traitement très-différentes. Ainsi, le traitement qui convient à l'ophthalmie rhumatique n'est pas le même que celui de l'ophthalmie catarrhale, *et vice versâ*.

A. *De l'ophthalmie catarrhale.* — *Définition.* — L'ophthalmie catarrhale, que l'auteur nomme encore

(1) *The Lond. Med. and Phys. Journ.*, octobre 1826, janvier et avril 1827.

Conjunctivitis puro-mucosa atmospherica, est l'inflammation de la conjonctive et des glandes de Méibomius. C'est la plus fréquente de toutes celles qui surviennent chez les adultes.

Symptômes. — La rougeur qui, dans les cas les moins graves, est bornée à la portion de la conjonctive qui tapisse les paupières, est, le plus souvent, répandue uniformément sur toute cette membrane. Sur le globe de l'œil, les vaisseaux dilatés forment une sorte de tissu réticulaire; et on peut les faire mouvoir dans tous les sens en pressant, avec le bout du doigt, la paupière sur le globe de l'œil. Dans les cas graves, le boursoufflement de la membrane muqueuse peut aller jusqu'au chemosis, que suit fréquemment la gangrène de la cornée transparente et conséquemment la perte de la vue. Le malade accuse constamment et dans tous les cas la sensation d'un gravier dans l'œil, ou d'un fragment de verre roulant sous la paupière supérieure. L'auteur regarde, en quelque sorte, ce symptôme comme pathognomonique. Cette sensation douloureuse est telle que souvent les malades, quoi qu'on puisse leur dire, sont fermement persuadés qu'ils ont dans l'œil un gravier ou tout autre corps étranger, et qu'ils cherchent à s'en débarrasser par tous les moyens possibles. La sécrétion fournie par la membrane muqueuse, toujours augmentée en quantité, devient quelquefois opaque, épaisse et puriforme; d'autres fois elle reste transparente et liquide, et inonde l'œil et la figure du malade. D'un autre côté, la sécrétion des glandes de Méibomius devient aussi plus abondante, s'altère, se concrète sur le bord des paupières, parmi les cils, et les réunit fortement les uns aux autres pendant la nuit. Enfin, il n'y a pas ordinairement de céphalalgie, ou bien, si elle existe, elle est sus-orbitaire et se fait principalement sentir le matin.

Causes. — Les changemens qui surviennent dans l'atmosphère, et surtout l'exposition au froid et à l'humidité, à l'air de la nuit, par exemple, les veilles forcées, le froid et l'humidité des pieds, sont les causes les plus fréquentes de cette maladie.

L'ophthalmie catarrhale peut affecter à la fois un grand nombre de personnes soumises à l'action de la cause excitante, et constituer une véritable épidémie. L'auteur en cite plusieurs exemples, et entre autres l'histoire de l'équipage du vaisseau négrier français, le *Rôdeur*, qu'il a extraite du tome I.er de la *Bibliothèque ophthalmologique*. Les esclaves composant la cargaison de ce vaisseau, entassés au nombre de cent soixante dans des espaces resserrés et infects, furent tous atteints de la maladie à un haut degré de violence, et un grand nombre d'entre eux perdit la vue. Elle se communiqua rapidement à l'équipage, composé de vingt-deux hommes, et tous furent affectés au point de ne plus pouvoir faire aucun service, à l'exception d'un seul qui ne fut atteint que quand le vaisseau eut abordé à la Guadeloupe. La maladie alors diminua rapidement, et disparut au bout de quelque temps de séjour à terre.

D'après ce fait et quelques autres qu'il rapporte, l'auteur paraît assez porté à regarder cette espèce d'ophthalmie comme réellement contagieuse, du moins lorsqu'elle se montre dans une grande réunion d'individus.

Traitement. — « L'ophthalmie catarrhale, dit l'auteur, cède, en général, facilement à un traitement local très-simple et de nature stimulante. L'exemple des succès obtenus à Vienne, en 1817, par le professeur Beer a d'abord fixé mon attention sur ce point; depuis, les observations publiées en 1824 par M. Melin, dans le numéro de septembre du *London medical and physical journal*, et les résultats de ma propre expérience, m'ont confirmé de

plus en plus dans cette opinion, que les moyens généraux sont de beaucoup inférieurs aux moyens locaux dans le traitement de cette maladie; qu'il vaut infiniment mieux abandonner la maladie à elle-même que d'avoir recours aux remèdes généraux très-violens, et, qu'au contraire, on peut presque toujours se fier entièrement à un traitement local et stimulant. Voici celui que j'ai adopté et que j'emploie avec un succès constant.

« 1.° Il est rare que j'aie recours à la saignée générale ou locale. Cependant une saignée du bras de 12 à 20 onces peut être utile, lorsque l'irritation générale est très-intense, et que la maladie a été négligée pendant plusieurs jours, ou mal traitée dans le principe; mais, je le répète, elle est très-rarement nécessaire.

« 2.° La scarification de la conjonctive qui tapisse les paupières n'est nécessaire que lorsqu'il y a chemosis et une sécrétion évidemment puriforme. Dans ces cas, cette opération est un bon moyen de traitement à employer. En faisant une ou deux incisions profondes à la surface interne de l'une des paupières, dans le sens de sa longueur, il s'écoule immédiatement une grande quantité de sang, et l'on peut prolonger pendant long-temps cet écoulement en maintenant quelque temps la paupière renversée, puis en lui laissant reprendre sa position naturelle, et ainsi de suite alternativement. Le saignement cesse bientôt, au contraire, si l'on tient constamment la paupière renversée, ou qu'on l'abandonne à elle-même.

« 3.° On peut administrer, comme purgatif, quelques doses d'un mélange de calomel et de jalap, et de temps en temps quelques doses d'un sel neutre pour entretenir la liberté du ventre.

« 4.° Il est aussi très-utile de provoquer la diaphorèse; ce qu'on peut obtenir par le moyen de bains de pieds administrés au moment du coucher, et par quelques

faibles doses d'acétate d'ammoniaque ou de tout autre diaphorétique peu énergique, données avec des boissons délayantes et chaudes.

« 5.° Dans les cas graves, un vésicatoire à la nuque ou derrière les oreilles est souvent très-efficace.

« 6.° Les solutions d'acétate de plomb et de sulfate de zinc, quelque faibles qu'elles soient, sont toujours nuisibles. Elles ne manquent jamais d'augmenter la rougeur de l'œil et la sensation de gravier, et peuvent même produire l'opacité et l'ulcération de la cornée.

« 7.° La sensation d'un gravier roulant dans l'œil, la rougeur et l'inflammation sont, au contraire, constamment diminuées par l'emploi de la solution de nitrate d'argent. Je la prépare en faisant dissoudre de deux à quatre grains de ce sel dans une once d'eau distillée. On en introduit, chaque jour, une grosse goutte dans l'œil au moyen d'un pinceau très-doux. Au moment où cette liqueur est en contact avec l'œil, il s'opère une décomposition, et le métal est précipité sur la conjonctive à l'état d'hydrochlorate. J'ai plusieurs fois effrayé quelques-uns de mes confrères, en proposant d'appliquer la solution de pierre infernale à la surface de l'œil, dans des cas d'ophthalmies des plus intenses, lorsque la sensation de verre brisé roulant sous les paupières, la rougeur et la sécrétion de matière purulente étaient portées au plus haut point; et le lendemain je jouissais de leur étonnement, lorsqu'ils voyaient que tous ces symptômes avaient considérablement diminué par l'emploi de ce moyen.

« 8.° J'emploie habituellement comme collyre une solution d'un grain de deuto-chlorure de mercure dans huit onces d'eau. On bassine trois fois par jour les paupières avec cette liqueur portée à une douce chaleur. Dans les cas peu intenses, on laisse, pendant ces fomentations, pénétrer quelques gouttes du collyre dans l'œil;

mais, lorsque la maladie est plus grave et que la sécrétion est abondante et puriforme, il faut l'injecter, au moyen d'une seringue, sur toute la surface de la conjonctive, de manière à entraîner toute la matière purulente, et à ce que la solution soit en contact avec cette membrane.

« 9.° Chaque soir, au moment du coucher, on enduira le bord des paupières avec gros comme la tête d'une épingle d'onguent de précipité rouge préparé avec soin.

« 10.° Enfin, on devra visiter fréquemment la face interne de la paupière supérieure; et si l'on s'appercevait que la conjonctive prît un aspect inégal et comme sarcomateux, on devrait la toucher avec le sulfate de cuivre solide.

« J'ai traité un grand nombre de cas d'ophthalmie catharrale par les moyens que je viens d'indiquer, et toujours avec le plus grand succès. Jamais, sous l'influence de ce traitement, je n'ai vu survenir d'opacité ni d'ulcération de la cornée; et lorsqu'elles existaient antérieurement au commencement du traitement, elles cédaient facilement aux lotions stimulantes, et sans laisser de traces. »

A l'appui des opinions exposées précédemment, l'auteur rapporte vingt observations d'ophthalmies catarrhales plus ou moins graves, dont il nous semble inutile de donner les détails ; qu'il nous suffise de dire qu'elles nous paraissent ne devoir laisser aucun doute sur l'efficacité du mode de traitement qu'il a adopté (1).

---

(1) J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de me convaincre de l'exactitude de la description donnée par M. Mackensie, de cette espèce d'ophthalmie et de l'utilité des distinctions qu'il établit entre ces maladies pour appliquer tel ou tel mode de traitement. Dans un cas très-grave de cette nature, avec ulcération de la

B. *De l'ophthalmie rhumatique.* — *Définition.* — M. Mackensie entend par cette dénomination l'inflammation de la membrane fibreuse de l'œil, c'est-à-dire la sclérotique, et des parties voisines de nature fibreuse, et non pas, comme on pourrait le croire au premier abord, une maladie de nature rhumatismale et n'affectant que ceux qui sont atteints de rhumatisme. Ce nom d'*Ophthalmie rhumatique* a été proposé par le professeur Beer et adopté par M. Wardrop; il nous semble assez peu convenable, et nous adopterions plus volontiers celui de *Sclérotite atmosphérique* proposé par l'auteur.

Symptômes. — La rougeur est disposée en zônes; et en examinant l'œil avec soin, on voit qu'elle est située au-dessous de la conjonctive, qui paraît saine. Les vaisseaux dilatés par le sang, qui, dans l'ophthalmie catarrhale, sont disposés en réseau, affectent, dans celle-ci, une disposition circulaire. Il n'y a pas, en général, de tendance au chémosis, et les paupières n'ont aucune part à la maladie. La douleur n'est pas non plus de la même nature : au lieu d'une sensation de gravier dans l'œil, le malade éprouve une douleur pulsative, située profondément, non pas précisément dans l'œil, mais autour de l'orbite, dans le sourcil, la joue, la tempe et le côté du nez. Quelquefois la douleur, au commencement de la maladie, est lancinante et s'étend du globe de l'œil à la totalité de l'orbite. Elle est aggravée sensiblement par la chaleur.

---

cornée, le traitement par la solution du nitrate d'argent m'a parfaitement réussi. La maladie, qui durait depuis plus de deux mois, avait résisté à tous les moyens ordinairement usités; je craignais la perte de l'œil, lorsque j'eus connaissance du mémoire dont je donne l'extrait; j'essayai en tremblant, je l'avoue, la solution de nitrate d'argent, et en peu de jours, la malade était parfaitement guérie, sans qu'il restât la moindre trace de l'ulcération de la cornée. P. V.

Souvent elle affecte le front et la joue; d'autrefois elle occupe toute la moitié de la tête, sans se faire sentir à l'autre moitié. Le plus ordinairement elle est aiguë et pulsative comme celle du phlegmon; dans d'autres cas, c'est une angoisse d'une nature particulière qui pousse à bout la patience du malade. La douleur ne cesse jamais complètement dans le cours de la maladie; mais elle varie beaucoup dans son intensité; elle commence ordinairement dans la soirée, augmente jusque vers le milieu de la nuit et diminue ensuite. Le malade, lorsqu'on l'interroge, ne manque jamais d'insister sur cette douleur nocturne et d'en indiquer le siége avec son doigt.

Il y a toujours, dans cette maladie, un trouble de la vue qui tient à une diminution de la transparence de la cornée, accompagnée d'une légère contraction de la pupille et d'embarras dans les mouvemens de l'iris. Si un seul œil est affecté, ce qui arrive très-ordinairement, on observe que la pupille est plus resserrée que celle de l'autre côté; l'iris paraît même un peu décolorée; elle devient verdâtre, par exemple, lorsque sa couleur naturelle est bleue; il y a alors une iritis qui, bien rarement, se montre très-intense. Je n'ai, d'ailleurs, jamais vu la maladie se terminer par suppuration ni par ulcération, comme cela arrive souvent dans les deux autres espèces d'ophthalmie. Enfin, l'impression de la lumière n'est jamais très-douloureuse; l'œil malade paraît sec et brûlant au commencement de l'affection; mais après quelque temps, surtout quand les symptômes ont un peu diminué par la saignée, il y a un larmoiement très-abondant et très-incommode.

Quant aux symptômes généraux, ceux qui sont les plus ordinaires sont la fièvre plus ou moins forte, surtout pendant la nuit, et un dérangement plus ou moins complet des fonctions digestives.

L'ophthalmie rhumatique simple est une maladie ordinairement assez rare. Pour un cas de cette affection, on en observe dix de l'ophthalmie catarrhale et peut-être six de l'ophthalmie catarrho-rhumatique qui nous reste à examiner. Sa marche et sa gravité sont très-sujettes à varier. Dans quelques cas, la maladie est légère et disparaît promptement sans laisser dans l'œil aucune trace fâcheuse; dans d'autres, elle est très-violente, se prolonge pendant long-temps, et si elle est méconnne, elle peut faire perdre la vision. Enfin, elle passe souvent à l'état chronique, même lorsqu'elle présente peu d'intensité.

Traitement. — 1.° Dans presque tous les cas d'ophthalmie rhumatique, il est nécessaire de recourir à la saignée générale et locale, surtout lorsque le malade est d'une constitution pléthorique, et que le pouls est dur et plein. L'auteur regarde les évacuations sanguines, comme de de la plus urgente nécessité, et il pense que dans aucune autre espèce d'ophthalmie ces moyens ne produisent d'aussi bons effets.

2.° Le calomélas uni à l'opium est d'une très-grande utilité, pour calmer la douleur circum-orbitaire, rétablir les fonctions digestives et pousser légèrement à la peau. On donne, chaque soir, deux grains de calomélas et un grain d'opium jusqu'à ce que les gencives commencent à s'affecter; on doit alors remplacer cette combinaison par dix ou douze grains de poudre de Dover.

3.° Le malade éprouve un grand soulagement de légères frictions faites autour de l'orbite avec du laudanum chaud. Ces frictions doivent de préférence être faites une heure avant le retour du paroxysme de la douleur. Quand la maladie a passé à l'état chronique, on emploie avec avantage le laudanum mêlé avec partie égale de teinture de cantharides.

4.° Les vésicatoires appliqués à plusieurs reprises derrière les oreilles ou aux tempes et surtout à la nuque, sont d'une utilité incontestable.

5.° Les applications locales, qui réussissent si bien dans les autres espèces d'ophthalmie, sont de peu d'importance dans celle qui nous occupe, et même la solution de nitrate d'argent que nous avons vue agir si efficacement, est décidément nuisible. Cependant, lorsque les symptômes fébriles et la douleur ont disparu, et qu'il ne reste plus qu'un peu de rougeur et de faiblesse dans l'œil, on peut avec avantage introduire dans l'œil quelques gouttes de vin d'opium étendu d'eau, deux ou trois fois par jour, ou bien seulement une fois à l'état de pureté.

6.° Pendant tout le cours de la maladie, on devra tenir l'œil affecté, sous l'influence de la belladone, soit en enduisant chaque soir le sourcil et les paupières avec l'extrait de cette plante, soit en l'unissant à la dose d'environ un gros au laudanum avec lequel nous avons dit qu'on devait frictionner les parties voisines de l'organe malade.

7.° On combattra la constipation que pourrait produire l'opium, au moyen de lavemens purgatifs ou de quelques petites doses de sel d'Epsom.

8.° Des bains de pieds et l'usage de boissons délayantes chaudes sont encore très-utiles pour favoriser les fonctions de la peau.

9.° Enfin, dans l'état chronique de la maladie, on retirera de très-bons effets de l'emploi du quinquina à petites doses, ou des acides minéraux. Dans les cas rebelles, on a vu la solution arsénicale de Fowler, produire beaucoup de bien, administrée trois fois par jour à la dose de 8 à 12 gouttes.

Quelques observations d'ophthalmies rhumatiques terminent cette seconde partie du travail de M. Mackensie.

C. *De l'ophthalmie catarrho-rhumatique.* — *Défini-*

tion. — L'auteur désigne sous ce nom une inflammation qui attaque simultanément la conjonctive et la sclérotique ; c'est-à-dire la réunion ou la complication des deux affections dont nous venons de parler. Cette maladie s'observe très-fréquemment chez les adultes et les personnes avancées en âge, et c'est sans contredit la plus grave et la plus dangereuse.

Symptômes. — Comme l'ophthalmie catarrho-rhumatique est en quelque sorte un composé des deux précédentes, elle présente réunis les symptômes de chacune d'elles ; mais ils se combinent et se compliquent les uns avec les autres, et sont d'ailleurs beaucoup plus sujets à varier. La sensation d'un gravier dans l'œil et la sécrétion d'un mucus purulent indiquent clairement la part que la conjonctive prend à la maladie ; et les accès de douleur circum-orbitaire ne laissent aucun doute sur celle de la sclérotique. Dans quelques cas, l'inflammation de la muqueuse est très-intense, et celle de la sclérotique est légère ; mais le plus souvent c'est le contraire qui a lieu. Si l'on examine l'œil avec attention, on voit que la rougeur qu'il présente appartient évidemment à la conjonctive et à la sclérotique. Sous le réseau vasculaire mobile formé par les vaisseaux de la première, on apperçoit facilement les zônes rouges dues aux vaisseaux dilatés de la seconde. Le chémosis est un symptôme assez fréquent de cette maladie, et, lorsqu'il existe, il masque complètement la rougeur de la sclérotique. La sécrétion fournie par la conjonctive n'est jamais excessive et rarement opaque et purulente. Les paupières, qui le matin sont collées l'une à l'autre par la matière sécrétée par les glandes de Méibomius, sont quelquefois rouges et gonflées à l'extérieur. Il y a toujours, dans tout le cours de la maladie, une grande intolérance de la lumière et un épiphora abondant, surtout lorsque la substance de la cor-

née est affectée. C'est dans cette espèce d'ophthalmie qu'on voit le plus souvent survenir des ulcérations de la cornée et des épanchemens de matière purulente entre les lames de cette membrane. Ces ulcérations ont cela de particulier qu'elles se répandent à la surface de la cornée, sans pénétrer profondément dans sa substance, et qu'elles se cicatrisent ordinairement sans laisser d'opacité, mais seulement une petite irrégularité, comme si une partie superficielle de la membrane transparente avait été enlevée avec l'instrument tranchant. L'onyx est le symptôme le plus fâcheux de cette maladie. L'épanchement purulent commence, en général, à la partie la plus déclive de la cornée; il présente la forme de la tache blanche qu'on voit à la base des ongles; il augmente graduellement en largeur et en hauteur, en écartant de plus en plus les lames de la cornée, dont souvent il occupe plus de la moitié. Le pus est rarement absorbé dans les cas de cette nature; la cornée s'ulcère vers le centre de l'onyx et alors il est évacué au dehors; l'ulcération pénètre jusqu'aux lames postérieures de la cornée; l'humeur aqueuse s'écoule; l'iris vient s'appliquer au pourtour de l'ouverture, et, dans neuf cas sur dix, il en résulte un staphylôme partiel ou total. A mesure que l'onyx fait des progrès, il se fait ordinairement en même temps un épanchement dans la chambre postérieure de l'œil; la pupille devient d'abord moins mobile; la couleur de l'iris change; l'ouverture pupillaire se rétrécit peu à peu, et finit par s'oblitérer complètement. Si par bonheur la matière purulente qui produit l'onyx est résorbée, il reste pendant fort long-temps un albugo; mais il diminue graduellement et finit par disparaître tout-à-fait; mais si elle s'échappe, comme il arrive le plus souvent, par une ouverture accidentelle de la cornée, un leucoma lui succède, qui ne disparaît jamais entièrement. Quant aux symp-

tômes généraux, ils sont peu importans et ne diffèrent guère de ceux qu'on observe dans les autres espèces d'ophthalmies.

Causes. — Les causes de l'ophthalmie catarrho-rhumatique paraissent être les mêmes que celles que nous avons vu produire les deux autres espèces.

Traitement. — Comme cette espèce d'ophthalmie est une réunion des deux autres que nous avons examinées précédemment, il se présente naturellement à l'esprit que le traitement doit être une combinaison rationnelle des moyens propres à combattre chacune d'elles. Ainsi, en même temps qu'on aura recours aux saignées générales et locales, à la scarification de la conjonctive palpébrale, aux frictions opiacées et avec l'extrait de belladone, en un mot, aux remèdes propres à combattre l'ophthalmie rhumatique, on devra mettre en usage la solution de nitrate d'argent, le collyre de deuto-chlorure de mercure, l'onguent de précipité rouge, et les autres moyens employés avec succès contre l'ophthalmie catarrhale. On devra seulement remarquer que le vin d'opium, instillé dans l'œil, ne peut être utile que quand l'état catarrhal de la conjonctive a été combattu avec la solution de nitrate d'argent, et que, employé avant ce temps, il est extrêment nuisible. Quant au traitement de l'onyx, M. Mackensie recommande de ne jamais employer la lancette pour donner issue à la matière purulente ; « car, dit-il, dans tous les cas où je l'ai fait, il en est toujours résulté un staphylôme plus ou moins considérable. »

Enfin, le travail intéressant de M. Mackensie est terminé par sept observations d'ophthalmie catarrho-rhumatique qui confirment pleinement ce qu'il dit dans cette dernière partie de son travail. Le défaut d'espace nous oblige à les supprimer.

Observations pour servir à l'histoire des ruptures du vagin et de l'utérus, suivies de considérations pratiques sur ce genre de lésion (1).

Obs. I.[re] — *Rupture du vagin suivie de guérison; par le docteur Smith, de Maidstone* — Madame H....., âgée de 40 ans, déjà mère de neuf enfans, ressent les douleurs de l'accouchement au septième mois d'une dixième grossesse; ces douleurs deviennent continues, l'enfant présente la tête dans la première position, et huit ou dix heures après la rupture des membranes, cette dame éprouve subitement une douleur excessivement aiguë dans le dos et l'abdomen qu'elle compare à la sensation que causerait une épée qui traverserait cette portion du corps. Immédiatement après, une quantité assez abondante de sang s'écoule par le vagin, il survient des syncopes, des nausées. Bientôt les douleurs cessent, le pouls devient de plus en plus petit, et bat 130 fois par minute; le ventre présente une saillie très-inégale, la pression y développe beaucoup de douleur. Le docteur Smith, arrivé près de la malade, pratique le toucher sans pouvoir distinguer d'abord aucune partie de l'enfant, et, après une seconde exploration, il reconnaît, à deux pouces environ au-dessus du col de l'utérus, une déchirure à la paroi postérieure de cet organe, longue de trois pouces, et dans laquelle il était aisé de faire pénétrer deux doigts : ses bords étaient très-amincis. Le docteur Smith cherche inutilement à introduire un doigt dans le col de l'utérus, il ne peut y parvenir non plus que les docteurs Whatmann et Charles. Depuis l'accouchement précédent, une adhérence contre nature réunissait une

(1) Extrait des *Medico-chirurgical Transactions*, etc., vol. XIII, 2.e part. Londres, 1827.

partie du col utérin au vagin près de l'arcade pubienne, et causait l'obstacle qui s'opposait à l'introduction du doigt. Ce fut alors que les accidens très-graves qui se manifestaient déterminèrent à pratiquer sur cette portion du col utérin qui était dure et épaissie, une petite incision qui, favorisant la dilatation de son orifice, permit aussitôt d'aller chercher les pieds de l'enfant; on en fit aisément la version : la tête, qui éprouvait beaucoup de difficultés à franchir le détroit du bassin, fut vidée en partie par l'ouverture du crâne, et sa sortie suivit immédiatement cette dernière opération. L'extraction du placenta fut faite peu après sans difficulté : il n'y eut pas une perte de sang très-considérable.

Pendant toutes ces manœuvres, la malade avait été plusieurs fois sur le point d'expirer; quelques cuillerées de vin généreux, l'ammoniaque et d'autres stimulans l'avaient ranimée un peu. Après l'accouchement, on lui fit prendre une légère dose de laudanum, et au bout de deux heures elle était dans une situation très-calme. Mais il ne tarda pas à se développer une péritonite très-intense qui fut combattue énergiquement et avec succès. La convalescence survint, et fut suivie du rétablissement complet de la malade (1).

Obs. II.e — *Rupture du vagin et de l'utérus suivie d'une péritonite mortelle au bout de six semaines, rapportée par le docteur W. Birch.* — Madame W...., âgée de 25 ans, avait eu déjà deux grossesses; dans la première, l'accouchement fut terminé par le forceps, l'en-

(1) L'auteur de cette observation la rapporte comme un exemple de rupture de l'utérus, mais tout annonce qu'il n'y avait qu'une déchirure du vagin dans sa partie supérieure et postérieure, à l'endroit de sa jonction avec le col utérin.

(*Note du Trad.*)

fant était mort : dans la seconde, il fallut opérer l'extraction du fœtus à l'aide des crochets, et la mort de l'enfant fut le résultat de cette manœuvre; (on ne dit pas quelle était la cause qui s'opposait à la libre sortie de l'enfant; s'il existait, par exemple, un rétrécissement ou une déformation des cavités du bassin.) Cette dame, devenue enceinte pour la troisième fois, ressentit les douleurs de l'accouchement le 27 février 1827. Dans la soirée de ce jour, le docteur Hill, appelé près de la malade, trouva le col de l'utérus dilaté déjà de la largeur d'une pièce de 2 francs; l'enfant présentait la tête. A trois heures du matin, les membranes se rompent, les eaux s'écoulent, et les douleurs qui se rapprochaient font engager la tête dans le détroit supérieur du bassin. Les douleurs n'avaient pas discontinué de se faire sentir, sans apporter d'ailleurs de changement notable, lorsque, à neuf heures, M.me W. éprouve tout-à-coup une distension singulière du ventre accompagnée d'un sentiment de suffocation si pénible, qu'on est obligé de la soutenir le corps presque droit; le pouls s'accélère rapidement, les pulsations s'élèvent de 80 à 140 par minute; la face se décolore, et peint la plus vive anxiété; un peu de sang s'écoule par le vagin; les tranchées utérines deviennent de plus en plus faibles, et finissent par ne plus se manifester : au milieu de ce concours de circonstances, la tête reste dans la même position. La malade n'avait ressenti aucune douleur insolite lorsqu'elle avait été prise de suffocation, et elle n'en sentait pas depuis ce moment. Vers les dix heures du soir, le docteur Conquest, appelé en consultation, fait l'extraction de l'enfant à l'aide de la perforation du crâne et du forceps. Une péritonite très-grave ne tarda pas à se développer après l'accouchement; les accidens se prolongèrent sans amendement notable, malgré tous les moyens thérapeutiques mis en usage, et la malade succomba le 7 avril, quarante-six jours après l'accouchement.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le péritoine et tous les viscères abdominaux adhérens entre eux par des concrétions membraniformes; l'utérus était contracté sur lui-même, mais on remarquait à la paroi postérieure du vagin et de la portion correspondante du col utérin une déchirure étendue, en partie cicatrisée.

Obs. III.ᵉ — *Rupture du vagin suivie de guérison; par le même.* — Dans ce troisième cas, les eaux étaient écoulées, lorsque le docteur Thorne trouva à l'orifice de l'utérus une anse du cordon ombilical et un pied; en portant la main un peu plus haut, il sentit la tête et une main : pensant qu'il y avait deux enfans, il repoussa dans la matrice le pied et la main, après avoir cherché inutilement à attirer le premier au dehors. Cependant les douleurs devenaient de plus en plus fortes et rapprochées, et la tête n'avançait que très-lentement dans le détroit supérieur du bassin. Tout-à-coup la malade éprouve une douleur excessivement aiguë dans le ventre, avec vomissement immédiat, écoulement de sang par le vagin, prostration des forces, et cessation complète des tranchées utérines. Le docteur Birch, appelé au moment même, pense que les accidens mentionnés proviennent sans doute d'une rupture de l'utérus. Il tente vainement de perforer le crâne, opère alors la version de l'enfant, l'attire au dehors jusqu'à la vulve, vide en partie le crâne par une ouverture qu'il fait dans la région occipitale, et termine l'accouchement. Le placenta fut extrait peu après : il ne survint aucune hémorrhagie. En portant ensuite la main dans le vagin, il toucha, et reconnut parfaitement plusieurs anses intestinales qui sortaient par une déchirure située dans la profondeur du vagin; il les repoussa doucement dans la cavité péritonéale, et en les accompagnant de la main il put ainsi sentir l'utérus déjà revenu sur lui-même, appuyé sur les vertèbres lombaires, ayant le vo-

lume d'une grosse orange, et recouvert par les circonvolutions de l'intestin. Les intestins réduits n'eurent aucune tendance à ressortir, mais il se développa rapidement des symptômes inflammatoires très-intenses : un traitement énergique employé pendant une semaine fut couronné de succès. La malade se rétablit parfaitement. Au bout de plusieurs semaines, les règles parurent comme à l'ordinaire, et revinrent ensuite régulièrement. Depuis six mois, la santé de M.me *** n'a pas subi la plus légère altération.

Le docteur Birch regarde comme certain que, dans ce dernier cas, le vagin seul a été déchiré, et à sa partie antérieure, là où il s'unit à l'utérus. L'exploration qu'il fit ne lui laissa pas de doute à cet égard : aussi pense-t-il que la vessie, qui est intimement adhérente à cette portion du vagin, dût nécessairement être comprise en partie dans la déchirure assez considérable qui avait eu lieu. Les exemples analogues publiés jusqu'ici montrent en effet que la rupture de la paroi antérieure du vagin est ordinairement accompagnée de celle de la vessie.

Les observations recueillies jusqu'à présent, dit-il, montrent que les déchirures des parties antérieure et latérale du col de l'utérus et du vagin sont moins souvent suivies d'accidens funestes que celles de la partie postérieure (1). Cette différence résulte, suivant le docteur Birch, de ce que dans les premières la présence des intestins et de la vessie, au devant de la rupture, s'oppose à l'introduction de l'air et du sang dans la cavité du péritoine, et favorise, par leur adhérence consécutive avec la surface déchirée, l'occlusion et la cicatrisation de la

(1) Cette conclusion n'est pas rigoureusement exacte, du moins elle ne se trouve pas en rapport avec les observations citées dans un article sur ce sujet, inséré dans les *Archives*, tome XV, page 313. (*Note du Trad.*)

déchirure. Il ajoute qu'on possède des exemples de rupture des parties antérieure et latérale du col utérin et du vagin suivies de guérison, quoique survenues dans des circonstances très diverses et souvent très-défavorables; ainsi, soit que le fœtus n'ait pas pénétré dans l'abdomen et qu'il ait été extrait directement de l'utérus, soit que l'enfant ait passé dans le ventre, et que l'extraction en ait été faite à l'aide d'une incision pratiquée aux parois du ventre. Enfin, on a vu guérir des femmes chez lesquelles le fœtus, après être passé dans l'abdomen par la déchirure, a été attiré au dehors par cette même ouverture, et extrait ensuite par les voies naturelles; quelques-unes ont eu même ensuite d'autres accouchemens sans aucun accident. On ne possède pas de relevés assez exacts de ces différens exemples pour établir d'une manière précise si la gastrotomie a été plus fréquemment suivie de succès que l'extraction de l'enfant opérée dans le même cas par les voies naturelles; toutefois, il paraît plus avantageux de suivre ce dernier parti de préférence au premier, qui ajoute évidemment une chance fâcheuse à celles que court déjà l'accouchée.

D'après les faits qui précèdent, le docteur Birch pense que, dans les cas de rupture du vagin et de l'utérus, on doit suivre la marche suivante : 1.° Terminer l'accouchement le plus promptement possible, parce qu'on a d'autant plus de probabilité de sauver la femme que l'extraction de l'enfant est plus tôt opérée, et qu'on peut même espérer de conserver la vie à ce dernier, ce qui est d'ailleurs le plus souvent très-douteux; 2.° quand le fœtus est encore entièrement contenu dans l'utérus lors de la déchirure, il faut l'extraire de suite soit avec le forceps ou le levier, soit en perforant le crâne; on en opère la version, si l'on ne parvient pas à obtenir sa sortie à l'aide de l'un ou l'autre de ces instrumens. Il est évident qu'on doit préférer le for-

ceps ou l'embryotomie à la version de l'enfant, parce que l'étroitesse extrême du bassin, qui existe presque toujours alors, rendrait cette dernière manœuvre extrêmement difficile, et exposerait à déchirer davantage le vagin ou l'utérus; 3.° Si le fœtus n'est passé qu'en partie dans le ventre, on doit chercher à l'attirer dans le sens contraire, si cette traction peut être faite sans trop de violence : autrement, il faut avoir recours à la gastrotomie, et extraire l'enfant par l'ouverture faite aux parois de l'abdomen; 4.° lorsque l'enfant est passé en totalité dans la cavité péritonéale, on doit d'abord chercher à le ramener par les voies naturelles, si la déchirure permet que cette manœuvre se fasse sans grands efforts : le docteur Birch pense qu'on peut toujours agir ainsi quand la rupture occupe le col de l'utérus ou le vagin, et qu'il n'y a que peu d'instans que l'enfant est passé dans le ventre; 5.° dans le cas où par suite de la contraction trop énergique de l'utérus, ou de la crainte d'agrandir beaucoup la déchirure déjà existante, on ne pourrait ramener l'enfant dans l'utérus, il faudrait employer la gastrotomie, seul moyen qui puisse donner l'espoir de sauver alors la vie de la mère et même celle de l'enfant.

Quel que soit celui des moyens indiqués que l'accoucheur adopte, il est nécessaire qu'il le mette en usage le plus promptement possible, lorsque tout annonce qu'une rupture de l'utérus ou du vagin vient de s'effectuer; car, d'une part, si le fœtus n'est pas encore passé dans l'abdomen, il est à craindre qu'il ne tarde pas à franchir cette ouverture accidentelle; d'une autre part, s'il y a déjà pénétré, moins il restera long-temps en contact avec les viscères abdominaux, moins on aura à redouter d'inflammation consécutive grave, et moins la contraction de l'utérus sera forte.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Observations sur les effets de la section des nerfs de la huitième paire sur les poumons, et sur ceux du galvanisme appliqués a ces nerfs; *par Wilson Philip, M. D.* — L'auteur rappelle brièvement les expériences qu'il a faites pour constater l'influence de la section des nerfs de la paire vague sur les fonctions de l'estomac, et dont nous avons rendu compte dans le second volume de ce Journal. Il examine dans ce mémoire l'effet de la même opération sur les poumons.

« Aussitôt après l'opération, dit-il, l'animal commence à respirer difficilement, et cette gêne de la respiration augmente graduellement, jusqu'à ce qu'elle devienne évidemment la cause de la mort. En examinant les poumons de l'animal qui a péri de cette manière, on trouve que les canaux et les vésicules aériens, aussi loin qu'on peut les suivre, sont gorgés d'un liquide visqueux, et complètement oblitérés dans une étendue du poumon variable, suivant que l'animal a survécu plus ou moins long-temps à l'opération; alors cet organe, sous le rapport de la couleur et de la consistance, prend un aspect qui se rapproche de celui du foie. Les portions de poumons ainsi engorgées ne surnagent pas dans l'eau, et malgré l'examen le plus attentif à l'aide d'une forte loupe, nous ne pûmes, M. Cutler et moi, y retrouver la moindre trace de la structure particulière à cet organe.

» Pour m'assurer cependant, par des moyens moins trompeurs que la vue, si la structure des poumons, dans les cas dont il s'agit, a réellement éprouvé un changement si grand que les cavités de ces organes soient complètement oblitérées, je priai M. Cutler de faire les expériences suivantes :

» *A*. Si l'on coupe une portion des deux nerfs de la huitième paire au cou chez un lapin, l'animal meurt rarement avant sept ou huit heures; mais il ne survit guère au-delà de vingt-quatre heures. En examinant les poumons après la mort, on trouve ces organes parsemés de nombreuses plaques d'un rouge-foncé.

» *B*. Pour constater l'altération subie par la substance des poumons, j'essayai de les injecter avec du mercure par la trachée-artère, mais je ne pus y réussir; le poids du métal déchirant trop

facilement les parois des vésicules aériennes. J'employai alors de l'injection rouge très-fine, dans les poumons sains; cette injection me réussit à chaque fois sans exception. Toute la masse pulmonaire prenait une teinte rouge générale, et des incisions, en divers sens, faisaient voir que toutes les parties étaient également remplies par l'injection. Au contraire, les poumons des animaux auxquels on avait coupé les nerfs de la huitième paire, conservaient, malgré l'injection, les mêmes taches rouges-foncées dont j'ai parlé; dans d'autres points, ils offraient la couleur brillante de l'injection, et enfin, dans quelques autres points, avaient conservé leur apparence naturelle. En examinant les organes, je reconnus que certaines portions n'avaient subi aucune altération et avaient été remplies par l'injection; que d'autres avaient été suffisamment altérées pour n'être injectées qu'en partie, et enfin que d'autres portions avaient été si complètement hépatisées qu'aucune parcelle d'injection n'avait pu y pénétrer, de même que dans les parties situées derrière elles et qui n'étaient pas désorganisées au même degré. Les portions de poumons qui étaient complètement injectées allaient au fond de l'eau, à cause du poids de l'injection, de même que les parties hépatisées, tandis que celles qui étaient situées derrière ces points surnageaient ce liquide.

» Si, après avoir coupé les nerfs de la huitième paire, et éloigné les deux bouts, on soumet les poumons à un courant galvanique d'une force convenable, au moyen du bout inférieur des nerfs divisés, l'animal ne paraît éprouver aucun dérangement de la respiration, et après la mort, on trouve les poumons parfaitement sains; à moins toutefois que la force et la durée de l'excitation galvanique n'aient été assez grandes pour déterminer l'inflammation de ces organes: et alors les altérations pathologiques qu'on y rencontre après la mort sont celles qui résultent de la phlegmasie et non de la division des nerfs pneumo-gastriques.

» Il semble résulter de ces expériences que l'effet de la section des nerfs d'un organe important à la vie et de la séparation des bouts coupés n'est pas seulement de déranger les fonctions sécrétoires de cette partie, mais aussi toutes celles qui constituent l'état sain; et que l'électricité agit en rétablissant ces fonctions. Il est nécessaire de remarquer que le galvanisme doit être appliqué aussitôt après la section des cordons nerveux; car il suffit de quelques instans pour que les poumons subissent, à un degré plus ou moins marqué, l'altération dont il a été question plus haut. » (*Philos. Transac.*, 2ᵉ part., 1827.)

Effets de la section des nerfs pneumo-gastriques sur la digestion; *exp. par le docteur Edward R. Ware.* — Les expériences du docteur Wilson Philip tendant à montrer l'influence qu'exercent les nerfs de la huitième paire sur la respiration et la digestion, ayant

été répétées par le docteur Brougthon, et ayant donné des résultats tout-à-fait contraires, le docteur E. R. Ware, pour trouver la cause de ces contradictions, a fait avec le plus grand soin, et en ne négligeant aucune des précautions qui peuvent garantir de toute erreur, une série d'expériences, d'où il tire les conclusions suivantes : « Les résultats de ses recherches s'accordent avec ceux obtenus par le docteur Philip, sur les effets que la digestion éprouve de la section du nerf vague ; car il s'ensuit une suspension presque complète de la digestion ; et bien qu'ils indiquent un exercice partiel de cette fonction, elle est si légère qu'on peut raisonnablement l'attribuer aux sécrétions normales qui ont lieu à la surface muqueuse de l'estomac immédiatement avant la section des nerfs. Quoique la sécrétion qui est la cause à laquelle on a attribué la chymification, et que nous considérons comme en étant le *premier mobile*, ne cesse pas après la section de ces nerfs, mais paraisse, au contraire, être augmentée, elle doit cependant être altérée dans ses produits, puisqu'elle ne jouit plus de la propriété de changer les alimens en chyme. Un autre obstacle qui paraît s'opposer à la chymification, c'est le défaut de contraction de la tunique musculeuse, manifesté par les efforts violens et inutiles que fait l'animal pour vomir, symptômes qui sont constans, et plus particulièrement remarquables chez les chats. Mais lorsque nous avons cherché à reproduire la stimulation galvanique pour remplacer l'influence qu'exercent les nerfs qui n'ont pas été divisés, nous n'avons pu obtenir les mêmes effets, ni arriver aux mêmes conclusions que le docteur Philip. Nos résultats sont tout-à-fait opposés aux siens, nous nous voyons forcés de reconnaître l'inexactitude de ses expériences avec la pile galvanique, et nous sommes disposés à nier qu'il y ait aucune bonne raison qui puisse faire croire à l'identité du fluide galvanique et du *principe mystérieux de la vie.* Dans toutes les expériences que nous avons faites, la mort a paru plutôt résulter de l'état des poumons que de celui de l'estomac ; car l'engorgement et l'embarras qui ont lieu dans les organes de la respiration, ont pour dernier résultat d'opposer un obstacle absolu à l'accès de l'air dans les cellules qui terminent les bronches, et d'occasionner par suite la suffocation. (*The North American med. and surg. Journ.* avril 1828).

Influence des poisons sur les plantes douées de mouvemens excitables. — *Par M. J. Macaire-Princep.* — M. Macaire-Princep, ayant entrepris une série d'expériences pour constater l'absorption des substances vénéneuses dans toutes les parties des végétaux soumis à leur action, a obtenu les résultats suivans : Des fleurs de Violette et d'Ancholie (*Viola odorata* et *Aquilegia vulgaris*), dont les tiges étaient plongées dans des *solutum* d'acétate de plomb, prirent une couleur

verte, et cela avant la mort complète de la plante, qui n'arriva qu'après deux ou trois jours. Pendant le même temps, d'autres individus de même espèce avaient été mis dans de l'eau pure pour servir de point de comparaison, et s'y étaient conservés intacts. Dans un *solutum* de sublimé corrosif, les mêmes plantes succombèrent au bout d'un temps à-peu-près égal, mais l'absorption n'eut pas lieu aussi activement que dans le premier cas : la tige ne présenta de traces du corps vénéneux que jusqu'à une certaine hauteur, et les fleurs très-rapprochées de la surface du liquide offrirent seules un changement de couleur : au contraire avec les acides minéraux étendus, l'absorption s'opérait avec une telle rapidité que les fleurs de violette devinrent rouges avant même d'avoir perdu leur odeur; l'acide absorbé put être suivi sur la tige par la couleur rougeâtre qu'il développa, et il fut évident que la portion de la plante plongée dans l'acide était moins altérée que celle qui n'était point en contact avec ce liquide. Certains poisons sont donc absorbés dans le végétal entier, tandis que d'autres n'exercent leurs effets nuisibles qu'au moyen d'une action locale transmise d'une manière inconnue, et par d'autres voies que les vaisseaux proprement dits, aux autres parties de l'individu.

M. Macaire-Princep s'est ensuite occupé de découvrir le genre d'action exercé sur les fonctions vitales du végétal, et il a successivement soumis à l'influence des poisons de diverses classes des plantes susceptibles de mouvemens visibles, qu'il dépendît de lui d'exciter à volonté; celles dont il s'est servi sont l'Épine vinette et la Sensitive (*Berberis vulgaris* et *Mimosa pudica*). Les fleurs de la première sont pourvues de six étamines qui, si on les touche avec la pointe d'un instrument dans telle partie que ce soit, ont la singulière propriété de s'approcher rapidement du point dont elles se sont écartées dans l'état de floraison complète. Mises dans l'eau pure ou gommée, les tiges fleuries de cet arbrisseau conservent, pendant plusieurs jours, leurs fleurs épanouies à la lumière et contractiles : le soir, les étamines se rapprochent du point, comme dans les individus sur pied, et entrent dans l'état que les phytologues ont nommé *sommeil*, pour s'ouvrir et s'épanouir de nouveau le lendemain. La sensitive présente aussi, dans l'état de santé, des mouvemens et un temps de *sommeil*, et ces phénomènes sont connus de tout le monde. Des tiges d'épine-vinette furent plongées dans l'acide hydrocyanique étendu et dans un *solutum* aqueux d'opium, et les étamines perdirent dans l'un et dans l'autre toute leur irritabilité, en conservant toutefois de la mollesse et de la flexibilité; il n'y eut de différence que dans le temps qui fut nécessaire pour la production de ces altérations; elles eurent lieu après quatre heures dans le premier agent, et après neuf dans le second. Dans des *solutum* étendus d'acide arsénieux, d'arséniate de

potasse et de deuto-chlorure de mercure, les étamines perdirent également leur propriété contractile, mais en même temps elles devinrent raides, retirées en arrière et dures, et elles ne purent être changées de place qu'en les arrachant : les effets se manifestèrent après trois heures avec les deux premières substances; avec la troisième, ils se firent remarquer moins promptement et à un degré un peu moins sensible.

Les branches ou les feuilles de sensitive, mises en contact avec les *solutum* des mêmes substances vénéneuses, offrirent des phénomènes semblables; le deuto-chlorure de mercure, l'acide arsénieux et l'arséniate de potasse enlevèrent aux folioles toute leur contractilité, et les rendirent raides et immobiles au point de ne pouvoir être que difficilement pliées par le doigt; l'opium et l'acide hydro-cyanique les privent pareillement de leur propriété contractile, mais leur laissent leur flexibilité dans le point où elles s'articulent. Avec l'acide hydro-cyanique étendu, M. Macaire-Princep est arrivé à détruire pour un temps ou à affaiblir, selon les circonstances, la faculté d'exécuter des mouvemens par l'excitation dans la sensitive, et il a prouvé ainsi qu'il est possible, sans altérer la vie d'une plante *sensible*, d'agir directement sur l'organe, quel qu'il soit, qui lui fait accomplir les singuliers mouvemens dont elle est susceptible, et il se demande à cette occasion, *si, sans être accusé de suppositions trop hardies, on ne pourrait pas en inférer que les mouvemens ne sont pas seulement dépendans des mêmes forces qui président à la nutrition du végétal?* Cet observateur se propose de rechercher si, chez les sensitives soumises à l'action des poisons narcotiques de manière à en être influencées temporairement, l'examen microscopique fera reconnaître quelques changemens dans l'état des points symétriquement arrangés dans les cellules du tissu de plusieurs végétaux, et particulièrement de cette plante, points découverts par M. Dutrochet, qui leur a donné le nom de *corpuscules nerveux*. (*Ann. de chim. et de phys.*; septembre, 1828).

Empoisonnement des végétaux par les substances vénéneuses qu'ils fournissent eux-mêmes. — *Par M. Macaire-Princep.* — Les plantes soumises aux expériences que M. Macaire-Princep a entreprises à ce sujet sont le stramoine (*pomme épineuse*), la jusquiame noire et la momordique (*concombre d'âne sauvage*) (*datura stramonium*, *hyosciamus niger* et *momordica elaterium*). Les résultats obtenus par cet observateur sont les suivans : 1.° Des branches détachées récemment de ces végétaux, plongées dans de l'eau distillée qui contenait en dissolution de un à cinq grains par once des extraits qu'ils fournissent respectivement, se sont bientôt flétries, et sont mortes complètement au bout d'une heure ou deux; tandis que des branches semblables, placées dans de l'eau qui contenait une égale quantité de gomme,

se sont conservées sans aucune altération. 2.° Des branches, tenues dans de l'eau à laquelle on avait ajouté le sue récent des individus dont elles avaient été prises, ont succombé dans un espace de temps de même longueur à-peu-près. 3.° Enfin, des pieds de ces mêmes espèces, élevés dans des vases et en pleine vigueur, ont été arrosés avec de l'eau à laquelle on avait mêlé une certaine quantité du suc extrait de leurs propres branches, et en peu de temps on les a vus se flétrir et succomber.

Les sucs du stramoine, de la jusquiame et de la momordique, vénéneux pour les autres végétaux, le sont donc également à l'égard de chacune des plantes qui les fournissent. C'est une analogie de plus entre les végétaux et les animaux, puisque, parmi ces derniers, les ophidiens dont la mâchoire supérieure est armée de crochets à venin s'empoisonnent eux-mêmes, s'ils viennent à se blesser avec ces crochets.

Suivant M. Macaire-Princep, ce résultat pour les végétaux ne peut s'expliquer que par l'une ou l'autre des deux suppositions qui suivent : 1.° Par l'altération que l'action de l'air fait éprouver aux sucs extraits de la plante, et qui consiste dans l'absorption de l'oxygène et l'émission de gaz acide carbonique, genre d'altération qui pourrait les rendre délétères ; 2.° par la séparation, dans divers ordres de canaux, des sucs délétères et des sucs séveux proprement dits, dans les végétaux vénéneux. C'est ce qu'on observe dans le raisin et d'autres fruits fermentescibles, où le sucre et le ferment se trouvent dans des vaisseaux différens. Dans cette hypothèse, le suc délétère des plantes douées de propriétés vénéneuses serait donc un suc propre produit par une sorte de sécrétion. (*Ann. de chim. et de phys.*; septembre 1828).

Pathologie.

Fracture du crane et lésion très-grave du cerveau, suivies de guérison. — *Observ. par le docteur Rogers.* — Un jeune homme de 19 ans reçoit à la tête un coup violent par le canon d'un fusil qui éclata entre ses mains; toute la face était horriblement défigurée. Il fait néanmoins quelques centaines de pas, mais il tombe bientôt épuisé par le sang qu'il perd, des convulsions se manifestent, et il s'évanouit. Le docteur Rogers vit à l'instant même le blessé, et remarqua au milieu du front un trou de la largeur d'une pièce de 5 fr., par lequel sortait une quantité considérable de substance cérébrale : il y en avait en outre des débris nombreux attachés aux cheveux et aux vêtemens. La plaie fut pansée simplement, et une large saignée du bras fut pratiquée. La nuit fut assez calme ainsi que le jour suivant, et le malade commença à répondre aux questions qu'on lui adressait. (*Purgatif, boisson émétisée ; fomentations sur la plaie.*)

L'accident était arrivé le 10 juillet 1825 : des symptômes assez fâcheux persistèrent jusqu'au 4 août suivant. Il s'écoulait de la plaie un pus abondant et fétide ; en la sondant le docteur Rogers remarqua avec surprise qu'il heurtait un corps qui n'offrait point au contact le caractère d'un os : une exploration plus attentive lui fit reconnaître que ce corps était la culasse du canon de fusil, dont il fit l'extraction, et qui avait trois pouces de long et pesait trois onces. Quelques accidens survinrent d'abord après l'extraction de ce corps étranger ; depuis lors des fragmens osseux sortirent chaque jour de la plaie, entraînés par la suppuration, et au commencement de décembre le malade était en pleine convalescence, ayant conservé ses facultés intellectuelles parfaitement intactes, sans qu'il existât aucune lésion dans les mouvemens, mais il perdit complètement la vue de l'œil gauche. (*Extrait des Medico-Chirurgical Transact.*, etc., vol. XIII, part. 2, Londres 1827.)

ENCÉPHALITE AVEC LÉSION DE LA SENSIBILITÉ ET DU LANGAGE. — *Observ. par le docteur Martinet.* — Julien Meûnier, âgé de 25 ans, blond, nerveux, serrurier-mécanicien, avait toujours joui d'une bonne santé, excepté vers sa quatorzième ou quinzième année, où il avait été tourmenté de migraines revenant régulièrement chaque mois. Le 5 mars 1827, à la suite d'une vive impression morale, il éprouva tout-à-coup, à huit heures et demie du soir environ, un engourdissement du bras et de la jambe du côté droit, accompagné d'une semi-paralysie du mouvement, et il tomba sur les genoux à plusieurs reprises, se trouvant dans un état semblable à l'ivresse. Le même jour, il entra à l'Hôtel-Dieu ; on lui pratiqua une saignée, et on lui appliqua des sinapismes aux pieds, l'un desquels, celui du côté gauche, se fit fortement sentir, tandis que l'autre n'excita qu'une sensation très-légère ; il n'y avait point de fièvre. Le lendemain, le malade était dans l'état suivant : la motilité des membres du côté droit est peu diminuée ; la main droite seulement serre les corps avec moins de force que la gauche ; mais la sensibilité présente des phénomènes bien plus prononcés. Toute la portion droite du corps depuis le sinciput jusqu'à la base du tronc, offre une sensibilité telle, qu'une stimulation, quelque légère qu'elle soit, exercée sur ce côté de la ligne médiane, y détermine une exaltation extrême et tout-à-fait insupportable, tandis qu'à gauche une stimulation modérée ne développe que des effets normaux entièrement semblables à ceux qui s'observent chez tous les sujets. Cette différence se fait remarquer au même degré à la tête, au nez, à la langue, sur le thorax, sur le ventre, au scrotum, le long du dos et au membre abdominal. Cependant le sens de la vue est parfait de chaque côté, et les pupilles ne présentent aucune différence ; de même l'odorat s'exerce également

bien de chaque côté ; le tact seul est modifié. La commissure droite de la bouche est un peu abaissée ; une douleur assez vive existe aux deux côtés du front. La langue se meut facilement et avec une grande rapidité ; les facultés intellectuelles sont intactes, et cependant la parole offre des particularités vraiment remarquables. Ce malade ne peut traduire correctement ses idées, prononce défectueusement certains mots, emploie les uns pour les autres, et, ayant parfaitement la conscience de ces erreurs qu'il ne peut empêcher, il s'impatiente en parlant, et engage lui-même à ne pas compter sur la valeur des expressions dont il se sert : ainsi, pour clef, il dit *clique* ; pour serrurier-mécanicien, *serrusin-métien* ; pour douloureux, *difficile* ; pour rêve, *vers* ; pour ruisseau, *ruisseux*, *ruissans* ; pour ea, *rau* ; pour soupe, *soulium* ; pour bouillon, *bonjon* ; pour Champagne, *chemagne* ; pour charpentier, *champonier* ; pour fibre, *vibre*. Souvent des mots de plus de deux syllabes sont prononcés avec deux seulement, et *vice versâ* ; en parlant lentement et en divisant les mots par syllabes, la prononciation devient exacte et distincte, mais l'embarras ne tarde pas à se manifester de nouveau, et il est à observer que les stimulations exercées sur le côté droit du corps exercent une très-grande influence sur la production de ces phénomènes, et le malade parle moins bien alors. Du reste, les fonctions organiques se font toutes avec une grande régularité.

Ces accidens furent combattus par des émissions sanguines, les bains et l'infusion de tilleul, et la convalescence ne se fit pas attendre long-temps. Le 17, Meûnier sortit de l'hôpital parfaitement guéri, et ne conservant plus de sa maladie qu'une légère modification dans la manière de sentir de la cuisse droite. (*Journ. des Prog.*, etc., XI.e vol.)

Paralysie existant du même coté que l'affection du cerveau ; *obs. du D.r Leuret.* — Un homme, de 66 ans, d'un tempérament sanguin, fut frappé, le 26 janvier 1828, d'une paralysie du bras droit avec difficulté de parler. Le 8 février, bouche entr'ouverte du côté gauche, langue déviée à droite, parole difficile, bras droit immobile et presque insensible, respiration ventrale. (*Saignée du bras ; crême de tartre dans l'eau d'orge.*) Le 9, le bras se contracte légèrement ; l'urine exhale une odeur fortement ammoniacale, et contient un sédiment qui se dissout, en partie, dans l'acide hydrochlorique, mais sans effervescence. (*Séton à la nuque*). Le 11, un peu plus de force dans le bras droit ; sédiment abondant de l'urine. Le 12, mieux sensible, langue moins déviée ; râle muqueux, faible du côté gauche de la poitrine. Le 13, tête entraînée à droite, bras fortement contracté, déprimé ; articulation des sons impossible. Mort à neuf heures du soir.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les lésions suivantes : crâne et dure-mère dans l'état sain ; arachnoïde cérébrale épaissie et opaque sur l'hémisphère droit du cerveau et un peu sur le gauche ; ramollissement jaunâtre près de la couche optique droite ; corps strié du même côté, présentant un point ramolli et grisâtre ; tache lenticulaire et rouge de la membrane muqueuse de l'estomac, dans le voisinage du pylore. La vessie renfermait quelques onces d'une urine safranée et qui répandait une odeur très-forte. (*Journ. des Prog.*, vol. XI.)

Affection convulsive de la jambe gauche; *obs. par le docteur Desalleurs fils.* — Mlle A..., âgée de 26 ans, d'une santé assez bonne, quoique délicate, avait éprouvé, vers sa dix-huitième année, de vifs chagrins occasionnés par la perte de personnes qui lui étaient chères. Après une fièvre catarrhale, compliquée de quelques symptômes nerveux qui pouvaient simuler une fièvre de mauvais caractère, elle fut prise tout-à-coup dans la jambe gauche, et lorsque la convalescence était presque achevée, d'un mouvement spasmodique qui parut être analogue à celui qui caractérise la chorée. La jambe se contractait avec une très-grande vivacité, et exerçait un mouvement de flexion et d'extension non interrompu et si rapide que le talon de la malade, lorsqu'elle était couchée, usait bientôt le drap du lit dans l'endroit correspondant au pied. Tous les antispasmodiques furent successivement mis en usage, ainsi que les bains chauds et froids, ceux de mer, les vésicatoires, etc. ; mais sans le moindre résultat avantageux. Mlle A... était tourmentée depuis trois ans de cette maladie incommode et rebelle, et elle avait, pour ainsi dire, renoncé aux secours de la médecine, lorsqu'elle fut prise d'une ophthalmie peu intense. Les antiphlogistiques furent employés. La douleur cessa au bout de quelques jours ; mais le bord libre des paupières prit un aspect rougeâtre et poli, et une certaine dureté qui semblaient caractériser une palpébrite chronique. De ce même instant, la névrose a cessé entièrement ; la malade n'a point eu de rechute depuis plus de trois ans ; il n'a point reparu d'ophthalmie et les fonctions se font régulièrement. La rougeur et l'engorgement des paupières n'ont point cessé, et il est impossible de ne pas les regarder comme la crise directe et complète de l'affection nerveuse. (*Préc. Anal. d. tr. d. l'Acad. roy. d. Sc. d. Rouen*; 1828.)

Affection convulsive. — Une femme, âgée de 32 ans, nouvellement mariée, et sujette depuis long-temps à de nombreuses indispositions, éprouvait, de cinq minutes en cinq minutes ou à-peu-près, un mouvement d'extension subit, prompt et involontaire, analogue à celui produit par la commotion électrique. Ce mouvement convulsif et régulièrement périodique existait depuis deux ans, pendant la

veille et pendant le sommeil, et fatiguait extraordinairement la malade qui se plaignait en outre d'une anorexie par laquelle elle se trouvait forcée d'abandonner tous les alimens tirés du règne animal. Cette affection fut successivement combattue par les bains; les opiacés, les antispasmodiques, la potion de Peysson, le sous-carbonate de fer, etc.; mais toutes ces médications restèrent sans succès, et la guérison ne put être obtenue qu'à l'aide de frictions faites sur le rachis avec la pommade stibiée, moyen auquel on joignit l'administration de six grains de sulfate de quinine, donnés toutes les vingt-quatre heure, pendant dix jours. (*Gazette de Santé*; N.° XXXI, 1828.)

Déviations des menstrues. — *Obs. par M. le docteur J. F. Bonfils, de Nancy.* — *Obs.* I.re — Catherine Vincent, fille publique, âgée de 21 ans, d'un tempérament nerveux et très-irritable, d'un embonpoint médiocre, de taille moyenne, cheveux bruns, avait été réglée dès l'âge de 9 ans, et était sujette, depuis long-temps, à des spasmes hystériques lors du retour de ses menstrues. Cette évacuation se faisait bien régulièrement tous les mois, et pendant environ huit jours chaque fois; mais presque toujours, et surtout lorsque cette fille avait du chagrin, il s'y joignait un suintement d'un liquide séro-sanguinolent, et souvent de sang pur, par le mamelon et l'aisselle gauches. Devenue enceinte en juin 1824, Catherine Vincent eut une perte assez abondante et continuelle pendant tout le premier mois de sa grossesse; les règles vinrent ensuite comme avant la gestation, et l'accouchement eut lieu à sept mois de terme, après quoi elle resta plus de deux mois entiers sans rien voir paraître. Après ce temps, le 26 février 1825, les menstrues se rétablirent par le vagin et par les autres parties indiquées, et durèrent sans interruption jusqu'au 6 mars suivant. La malade était obligée de garnir l'aisselle, et surtout le mamelon; si l'on essuyait ces deux points avec un linge sec et qu'on attendît quelques secondes, on voyait bientôt la peau se couvrir, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, d'une multitude de gouttelettes de sang infiniment petites, qui, grossissant et se joignant les unes aux autres, formaient, dans l'espace de quatre ou cinq minutes, deux ou trois grosses gouttes, dont la réunion donnait naissance à une large traînée de sang. Cependant la jeune fille n'est pas forcée de garder le lit: elle a bon appétit et dort bien; son pouls est petit et serré, mais régulier; toutes les autres fonctions se font parfaitement. Le 7 mars, l'écoulement par le vagin continue, mais celui de l'aisselle est remplacé par un autre qui a lieu à travers la peau du flanc gauche, dans l'étendue d'une pièce de deux francs; la malade a un goût de sang à la bouche, et crache même quelques gouttelettes de ce liquide; le pouls est large et plein; l'état général de la santé est le même. Le 8 et

le 9, le sang s'écoule par les mêmes parties, et de plus par une portion de la surface du dos. Il survient de la faiblesse, de l'inappétence, du malaise, il y a insomnie. Le 10, un nouveau point donne du sang, c'est l'épigastre; légère douleur dans l'hypochondre gauche. Le 15, les divers écoulemens continuent, et il s'en manifeste un nouveau à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche, près le pli du jarret. Le 16, les évacuations par la cuisse et le mamelon s'arrêtent. Le 21, l'écoulement reparaît à l'aisselle, la santé revient, et quelque temps après le sang cesse de couler. Depuis lors, un an s'est écoulé sans que les règles se soient accompagnées de perte de sang par une voie insolite, et ce n'est que dans le courant de 1827, qu'après avoir éprouvé un violent chagrin, Catherine Vincent a vu reparaître le suintement par le mamelon, l'aisselle et le flanc gauche, suintement qui s'est régulièrement montré depuis, à chaque époque menstruelle.

Obs. II.ᵉ — M.ˡˡᵉ J. L..... eut une suppression de règles au moment de leur apparition, en 1807, et à la suite les ganglions lymphatiques cervicaux s'engorgèrent et suppurèrent. Huit années s'étant écoulées sans que les menstrues reparussent, des fleurs blanches survinrent en 1815, et amenèrent une amélioration sensible dans l'état de la santé. En 1817, M.ˡˡᵉ J. L..... fut atteinte d'une fièvre qui céda à l'emploi du quinquina, mais la leucorrhée disparut, et, depuis cette époque, régulièrement une fois par mois, à chaque époque menstruelle, l'index de la main gauche se tuméfia et se couvrit d'une dartre vive, de la surface de laquelle suintaient tous les jours quelques gouttelettes de sang; cette dartre et cet écoulement, accompagnés d'un prurit incommode, ne duraient que trois ou quatre jours. Enfin, après trois ans de cet état de choses, la matrice reprit ses fonctions menstruelles, et la santé se rétablit complètement. (*Journ. génér. de Méd.*, *etc.*, novembre 1828.)

Inflammation des veines iliaque et fémorale. — *Obs. recueillie par le doct. Ch. F. Forbes.* — Un jeune homme âgé de 26 ans, phthisique, avait les membres inférieurs gonflés et œdématiés depuis quelque temps. La tuméfaction du membre droit diminua notablement au bout de plusieurs jours, mais le membre gauche augmenta, au contraire, sensiblement de volume, en même temps qu'il se développa de la douleur dans le mollet, le genou, la cuisse, l'aîne et la région inférieure du ventre de ce côté. Tout le membre devint bientôt plus chaud que celui du côté droit, et douloureux à la pression. Le docteur Forbes vit le malade, pour la première fois, le 31 octobre 1827; il était alors au dernier degré de la phthisie. Le membre gauche, en totalité, était double en grosseur du membre droit et œdémateux; la peau, conservant l'impression du doigt là où on l'appliquait, était décolorée, ainsi qu'on le remarque dans l'anasarque. Les veines sous-

cutanées de la jambe étaient très-apparentes et gorgées de sang. Les accidens de la phthisie s'aggravèrent de plus en plus, et le malade succomba le 8 septembre.

La dissection du cadavre fit reconnaître les altérations suivantes : la grande veine saphène et ses ramifications étaient notablement dilatées et remplies d'un sang grumeleux, mais sans aucune lésion des parois de ces vaisseaux. Tout le tissu cellulaire du membre était infiltré de sérosité, et les glandes inguinales un peu tuméfiées. La veine fémorale était distendue par un sang concret. Les veines iliaque externe et iliaque commune avaient subi une dilatation remarquable ; la dernière de ces veines offrait la même grosseur que le tronc de la veine cave et une couleur verdâtre. Cette dilatation cessait brusquement à sa jonction avec l'iliaque commune du côté droit. La veine iliaque interne gauche était distendue par le sang, dans une étendue de deux pouces environ, dans le reste de sa longueur elle avait son volume ordinaire. Les veines fémorale et iliaque droites étaient à-peu-près vides de sang, et sans aucun changement de couleur ou de largeur. Les veines fémorale et iliaque externe et commune du côté gauche furent ouvertes suivant leur longueur, et l'on trouva leur cavité remplie par un caillot fibrineux bien plus consistant que ceux qu'on observe quelquefois dans les veines saines, et ayant tous les caractères des concrétions sanguines qui remplissent les sacs anévrysmaux. En détachant avec attention ce caillot alongé, on put voir qu'il était adhérent aux parois veineuses par l'intermédiaire d'une couche couenneuse, membraniforme, très-mince, qui adhérait très-intimement à la membrane interne de ces vaisseaux. La même altération existait dans la veine fémorale jusqu'au genou.

Si l'on eût observé les différens phénomènes indiqués ici, chez une nouvelle accouchée, il n'est pas douteux, dit le docteur Forbes, qu'on eût considéré cette maladie comme un exemple de *phlegmatia alba dolens*. (*Medico-chir. transact.* vol. XIII, 2.e partie, Londres, 1827.)

Blessure très-considérable des parois abdominales. — *Obs. par M. Galbrunner.* — Un homme, âgé de 27 ans, s'étant laissé tomber du haut d'un cerisier sur un échalas long de quatre pieds et demi, fut empalé par celui-ci. M. Galbrunner trouva les lésions suivantes : l'extrémité de l'échalas avait pénétré à la partie interne de la cuisse droite, à un pouce du périnée ; elle s'était dirigée de là en dehors et en haut, avait passé par la région inguinale, et s'était arrêtée à la seconde côte. Depuis l'aîne jusqu'à la côte, le corps étranger était situé immédiatement sous la peau. L'échalas s'étant brisé au niveau de la plaie extérieure, il fut très-difficile de le retirer, et ce n'est qu'au moyen des tenailles d'un maréchal ferrant qu'on parvint à le saisir et à l'extraire. Le fragment d'échalas qui avait pénétré était

long de vingt pouces et demi. L'accident était arrivé le 28 juin 1826, et le 15 septembre le blessé fut complètement guéri. (*Annalen fuer die gesammte heilkunde*, 1826, 2.e heft.)

Arrachement du pouce. — Ph. Isidore Chapron, âgé de 21 ans, polisseur d'acier, travaillait dans un établissement où une machine à vapeur fait tourner avec une grande rapidité un arbre commun d'où partent les cordes à boyau qui mettent en mouvement le tour destiné à chaque ouvrier. Ayant défait un jour la corde de dessus son tour, il eut le pouce pris dans l'anse qu'elle forme, et ce pouce, entraîné par elle, fut arraché sur le champ, et avec si peu de douleur, qu'au premier abord le jeune homme se crut à peine blessé. La séparation s'était opérée à la première phalange, qui avait été brisée un peu obliquement à sa partie moyenne; la peau était divisée aussi nettement que si elle l'eût été avec un instrument tranchant; il n'y avait point d'hémorrhagie et très-peu de douleur. La partie arrachée présentait, dans toute leur longueur, les deux tendons extenseur et fléchisseur qui s'attachent à la dernière phalange du pouce. Ces tendons, garnis de fibres musculaires courtes, ont une longueur de huit à neuf pouces, et, par conséquent, ils ont dû se déchirer dans la partie supérieure de l'avant-bras, ou, pour parler plus juste, la déchirure a eu lieu dans les fibres charnues auxquelles ils servent de point d'insertion.

Le malade fut, pendant les premiers jours, saigné et tenu à une diète sévère; la plaie, qui fut pansée simplement, ne donna pas lieu au plus léger accident; il n'y eut ni fièvre, ni gonflement inflammatoire, et très-peu de suppuration; l'extrémité de l'os se recouvrit de bourgeons charnus, sans présenter d'exfoliation. Le neuvième jour après l'accident, les bords de la plaie furent rapprochés à l'aide de bandelettes, et le vingtième, le malade se trouva dans un état très-voisin de la guérison; quinze jours plus tard, la cicatrisation était entièrement achevée, et Chapron était prêt à reprendre le cours de ses occupations habituelles. (*Journ. des progr., etc.*, XI.e vol.)

Thérapeutique.

Nouveau traitement contre le tœnia. — *Découvert par le docteur Schmidt, de Berlin, et décrit par M. Casper, par ordre du gouvernement prussien.* — Le 14 octobre 1823, le docteur C. A. Schmidt, de Berlin, annonça au ministre de l'instruction publique et des affaires médicales de la Prusse, que depuis vingt ans il avait découvert un remède infaillible contre le tœnia, et qu'il désirait vendre son secret au gouvernement. Le ministre chargea le docteur Natorp de faire des essais avec le remède. Ce médecin déclara, dans le rapport qu'il fit le

25 juillet 1824, que le remède du docteur Schmidt était excellent, qu'il était applicable aux constitutions les plus faibles; qu'il évacuait le tœnia au plus tard après vingt-quatre heures; qu'il n'exigeait pas de préparatifs, et qu'il ne fatiguait les malades pas plus qu'un purgatif ordinaire. » MM. Kluge et Neuman, médecins de l'hôpital de la Charité à Berlin, furent chargés de répéter ces expériences; dans le rapport qu'ils firent le 31 octobre 1826, ces médecins s'expriment ainsi : « La méthode de M. Schmidt ne manqua jamais son effet quand la présence du tœnia était constatée, dans les cas où le remède ne produisit pas l'évacuation d'un ver, l'existence de celui-ci était problématique. En même temps la méthode est prompte, sans danger, non fatigante, et le ver est expulsé en entier et vivant. » Sur le rapport qui lui en fut fait par le ministre, le roi de Prusse accorda, le 31 mars 1827, une pension de 200 thalers (750 fr.) au docteur Schmidt pour la publication de son remède; celui-ci décrit sa méthode ainsi qu'il suit: 1.er jour : le malade prend, depuis le matin jusqu'à sept heures du soir, de deux en deux heures, et la première fois à jeun, deux cuillerées de la potion suivante :

N.° 1. *Pr.* racine de valériane offic. en poudre, six gros; feuilles de séné, deux gros; faites une infusion de six onces et ajoutez : sulfate de soude cristallisé, trois gros; sirop de manne, deux onces; oléosaccharum de tanaisie, deux gros. M.

Le malade prend du café sans lait, fortement édulcoré; à midi; il ne prend qu'une soupe claire à la farine, et quelques morceaux de hareng et de la laite de ce poisson; et à huit heures du soir, une salade faite avec des harengs, du jambon cru haché, un oignon, beaucoup d'huile et du sucre. Le plus souvent le malade rend déjà ce jour-là des portions plus ou moins grandes de tœnia. Dans deux cas, M. Schmidt a même vu le ver être évacué en entier par suite de ce traitement préliminaire. Le second jour, le malade prend d'heure en heure, et depuis six heures du matin, six des pilules suivantes :

N.° 2. Assa-fœtida, extr. de chiendent. . ã ʒ iij;
Gomme gutte.......................
Rhubarbe.......................
Racine de jalap.......................
} en poudre, ã ʒ ij
Feuilles de digit. p. en poudre.......
Ipécacuanha en poudre............
Soufre doré d'antimoine............
} ã gr. xij.
Mercure doux....................... ℈ ij.
Huile éthérée de tanaisie — d'anis. ã g̃ xv.

Faites selon l'art des pil. de deux grains, et conservez-les dans une fiole bien bouchée.

Ces pilules sont prises avec une cuillerée à café de sirop. Une demi-heure après la première dose, le malade prend une cuillerée à bouche

d'huile de ricin, et durant la journée beaucoup de café fortement édulcoré. Dans le plus grand nombre des cas, le ver est évacué vers deux heures de l'après-midi. On cesse alors l'usage des pilules; on le continue au contraire, et on y ajoute même de temps en temps une cuillerée d'huile de ricin avec du sucre, dans les cas où l'on n'a évacué que des fragmens de tœnia; on cesse le traitement dès que les évacuations ne contiennent plus de tœnia. A midi, le malade ne prend que du bouillon, et le soir un potage ou une soupe à la farine avec du beurre frais et du sucre. Pour être assuré qu'il ne reste plus de *nid de tœnia*, suivant l'expression de l'auteur, le malade peut encore prendre quelques pilules le lendemain. Pour prévenir les rechutes, le malade doit de temps à autre manger de la salade de harengs et du raifort cru avec du vinaigre et du sucre, ou bien il doit continuer pendant quelque temps à prendre tous les huit jours une ou plusieurs doses des pilules. Le traitement fini, on permet au malade le bouillon, les viandes jeunes, le poulet, le pigeon, le jaune des œufs, le bon vin en petite quantité, et on lui prescrit quelques amers. Dans les cas où l'on n'est pas bien sûr de la présence du tœnia, on emploie pour s'en assurer le traitement suivant : Le malade mange dans la soirée de la salade de harengs et boit beaucoup d'eau sucrée; le lendemain matin il prend, avec du sirop, la poudre suivante :

Pr. Racine de jalap en poudre gr. xv; semen contra en poudre gr. x; gomme-gutte en poudre, calomélas āa gr. vj; oléo-saccharum de tanaisie un gros. — Après cette poudre, le malade prend du café fortement édulcoré ou du bouillon très-gras. La poudre provoque de fortes évacuations alvines : si le malade est affecté de tœnia, les matières fécales contiennent des anneaux de ver et quelquefois le ver entier; dans ce dernier cas on administre aussitôt après les pilules n.° 2, afin de produire une guérison complète si le malade avait plusieurs tœnias.

Le traitement de M. Schmidt ne doit, suivant ce médecin, être employé ni durant la grossesse, ni peu de temps avant ou après l'époque menstruelle, ni chez les individus affectés d'inflammations, de phthisie, de marasme, de flux hémorrhoïdal, d'hémoptysie, de phthisie laryngée, de faiblesse sénile.

Sur 166 individus que M. Schmidt a délivrés du tœnia, il n'y avait que 15 hommes; 20 personnes n'avaient qu'un seul tœnia, toutes les autres en avaient plusieurs; l'une d'elles en évacua 17. — Après que le docteur Schmidt eut fait connaître sa méthode, on répéta les expériences à l'hôpital de la Charité de Berlin, et le traitement fut constamment suivi de succès, ainsi que le prouvent les six observations qui terminent le Mémoire. (*Hufeland's Journal*, 1828. August.)

Affection scrofuleuse avec ophthalmie guérie par une médication

STIMULANTE ET RÉVULSIVE. — Henri B..., âgé de 11 ans, entra à l'Institut ophthalmologique d'Erfurt, pour s'y faire traiter d'une ophthalmie scrofuleuse. Ce garçon s'était bien porté jusqu'à l'âge de 7 ans; à cette époque, les glandes du cou commencèrent à se tuméfier, et acquirent par la suite un tel volume, que le cou devint monstrueux. Deux de ces glandes étaient ulcérées; la lèvre supérieure était extrêmement tuméfiée; et le malade considérablement amaigri. La vue était perdue à l'œil gauche, qui était vivement enflammé, et dont la cornée était percée en deux endroits par des ulcères; le globe de l'œil droit était recouvert par un pannus rouge-grisâtre, au travers duquel on distinguait difficilement les bords de la cornée : le malade ne voyait pas plus de l'œil droit que du gauche. Afin de produire une forte dérivation sur le canal intestinal, on fit prendre au malade, de deux en deux heures, une cuillerée à café de : surtartrate de potasse une once; jalap deux gros; semences de fenouil un demi-gros. On appliqua sur l'œil le collyre de sels fondus au feu (*lapis divinus*) avec de l'opium, et des fomentations sèches aromatiques. Plus tard, le malade prit en outre la teinture éthérée d'acétate de fer. Au bout de cinq semaines de traitement, la vue était complètement rétablie à l'œil droit; la lèvre supérieure avait repris son volume ordinaire; les ulcères étaient cicatrisés, et le volume des glandes du cou avait diminué de moitié. Pendant tout le cours du traitement l'appétit se maintint, malgré l'usage des purgatifs. (*Hufeland's Journal*, 1828. Junius.)

LIGATURE DES ARTÈRES THYROÏDIENNE SUPÉRIEURE ET CAROTIDE PRIMITIVE DANS UN CAS PARTICULIER DE GOITRE. — *Par le professeur Langenbeck.* — Frédéric Gerecht, âgé de 29 ans, jouissant d'une bonne santé, portait, depuis l'âge de 14 ans, un goître qui avait peu-à-peu augmenté de volume au point de le gêner dans ses occupations, en l'empêchant de porter des fardeaux, et en rendant sa respiration pénible : désirant être débarrassé de ce goître, il se présenta à l'hôpital de Goettingue. Toute la masse glandulaire présentait des pulsations, qui étaient plus fortes aux artères thyroïdiennes supérieures, et principalement à la droite. Cette dernière était située très-superficiellement, avait le volume d'une carotide primitive, et répandait de nombreux rameaux sur la surface du goître. La thyroïdienne supérieure gauche était située plus profondément, et présentait des pulsations moins fortes; les rameaux étaient aussi en plus petit nombre et moins apparens. Sur la surface de la tumeur on voyait des veines nombreuses et très-développées : la température de la tumeur était augmentée. La voix du malade était rauque et sa respiration gênée. Afin de diminuer le volume de la tumeur, M. Langenbeck résolut de lier l'artère thyroïdienne supérieure droite, se proposant de lier également la gauche dans le cas où la première opération ne serait pas suffisante.

L'artère étant située très-superficiellement, l'opération ne présenta aucune difficulté. Quelques jours après le malade se leva; il croyait sentir du soulagement : la tumeur était moins tendue et ses pulsations moins fortes, mais son volume n'avait pas diminué notablement. Le onzième jour après l'opération, une hémorrhagie violente se fit par la plaie; elle fut arrêtée par la compression et des applications froides, mais se renouvela avec force deux jours après, et affaiblit considérablement le malade. L'hémorrhagie s'étant de nouveau manifestée dans la nuit, on comprima la carotide primitive. M. Langenbeck fut appelé, et procéda aussitôt à la ligature de cette artère au-dessus du muscle omo-hyoïdien. Pendant l'opération, on n'observa rien d'extraordinaire; mais immédiatement après le malade présenta des symptômes particuliers : après qu'on l'eût transporté dans son lit, il resta extrêmement tranquille; il avait les yeux fermés, ne disait pas un mot, ne répondait aux questions que lorsqu'on les lui avait adressées à plusieurs reprises; le pouls était petit, la face pâle, la respiration normale: quelques heures après le pouls s'était relevé; on mit en usage le traitement antiphlogistique, mais sans succès. L'état du malade empira rapidement; le pouls s'affaiblit; le coma augmenta; la respiration s'embarrassa, et le malade mourut trente-quatre heures après avoir été opéré.

A l'ouverture du cadavre on trouva l'hémisphère droit du cerveau recouvert sur toute sa surface par de la matière exsudée; les vaisseaux sanguins avaient leur grosseur normale de ce côté, tandis qu'à gauche, où il n'y avait point d'exsudation, les vaisseaux étaient très-dilatés et gorgés de sang; un peu de matière exsudée fut trouvée dans le ventricule latéral droit. L'artère carotide droite était intérieurement d'un rouge foncé, depuis la crosse de l'aorte jusqu'à la base du cerveau; elle était plus fortement unie aux parties environnantes que dans l'état normal; elle était renfermée avec le nerf vague dans une gaîne épaisse formée par une fausse membrane dont on la sépara difficilement; la substance du nerf vague (qui n'avait pas été compris dans la ligature) était plus ferme qu'à l'ordinaire. La carotide était remplie par un caillot sanguin depuis l'endroit lié jusqu'à la naissance de la thyroïdienne supérieure; inférieurement à la ligature, le caillot sanguin qui remplissait l'artère était uni à un filament blanc formé par de la lymphe plastique, et qui s'étendait jusque dans le tronc innominé. La membrane interne de la carotide était coupée par la ligature, mais la fibreuse restait intacte. L'une des parois de l'artère thyroïdienne supérieure était coupée, mais l'autre ne l'était pas et retenait encore la ligature; entre cette ligature et la glande thyroïde l'artère contenait un caillot sanguin adhérent en quelques endroits aux parois du vaisseau; la ligature n'avait cependant pas produit l'inflamma-

tion adhesive des parois de l'artère; les deux bouts de celle-ci n'étaient pas fermés, ce qui provenait probablement de l'anomalie suivante dans la distribution des vaisseaux: l'artère carotide primitive, au lieu de se diviser en carotide externe et interne, se divisait en carotide interne et thyroïdienne supérieure; cette dernière fournissait tous les rameaux qui naissent ordinairement de la carotide externe; la ligature avait été appliquée tout près d'un de ces rameaux; l'afflux continuel du sang devait par conséquent empêcher la réunion des parois de l'artère. — Le goître était en partie spongieux et semblable aux corps caverneux de la verge, en partie celluleux et en partie composé de substance compacte, cartilagineuse, en quelques endroits même osseuse. Les vaisseaux qui provenaient de l'artère thyroïdienne supérieure gauche et des thyroïdiennes inférieures étaient extrêmement dilatés; ceux fournis par la thyroïdienne supérieure droite étaient oblitérés. M. Langenbeck conclut de cette observation, et de quelques autres consignées dans différens ouvrages, qu'on ne doit faire la ligature des artères thyroïdiennes que dans les cas où tout le parenchyme du goître présente des pulsations, où les artères et les veines sont fortement dilatées, et où la tumeur n'est ni dure, ni résistante, mais molle et spongieuse, et peut être réduite de volume par la pression. Cette observation fait voir en outre que la ligature de l'artère carotide primitive n'est pas une opération aussi exempte de danger qu'on serait tenté de le croire en voyant quelques chirurgiens faire constamment cette opération avant de procéder à l'amputation d'une partie de la mâchoire inférieure. (*Neue bibliothek fuer die chirurgie, etc., von Langenbeck.* 4e B. 3e St.)

Extraction d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage. — *Obs. communiquée par J. B. Boileau, docteur médecin de Pont-Saint-Vincent.* (Meurthe.) — M. B..... avait, par hasard, mis dans sa bouche une pièce de cinq centimes. Ne pensant plus à ce corps étranger, il fit involontairement un mouvement de déglutition qui l'engagea dans l'œsophage, où il s'arrêta. Cet accident arriva vers dix heures du matin, et je ne vis le malade qu'à cinq heures du soir. Le médecin qui lui avoit donné ses soins ayant vainement tenté différens moyens pour extraire le corps étranger, s'était décidé à le faire descendre dans l'estomac; et pour obtenir ce résultat, il avait fait avaler au malade des alimens mous, tels que de la panade, de la bouillie, mais ce fut inutilement; la pièce de monnaie ne descendit pas. Quand je vis le malade, il accusait beaucoup de souffrance dans l'œsophage, et particulièrement dans la partie de ce canal qui avoisine la première pièce du sternum: il éprouvait à chaque instant des envies de vomir, faisait de grands efforts pour effectuer le vomissement, mais il ne rendait rien. Une sonde en argent ayant été introduite dans l'œsophage, j'éprouvai de la résistance à un pouce ou un pouce et

demi au dessous de l'extrémité inférieure du pharynx. Le choc que l'instrument déterminait, et qui était ressenti par la main, ne me laissa aucun doute que le corps étranger ne fut arrêté dans ce lieu. La déglutition des liquides et des alimens mous était difficile, mais elle n'était pas impossible, ce qui me fit croire que le sou était placé verticalement dans le canal. Je pensai qu'il y aurait de l'inconvénient à faire parvenir dans l'estomac une pièce de cuivre d'un pouce de diamètre. Il me paraissait donc extrêmement important d'en opérer l'extraction. La profondeur à laquelle il était engagé ne me permettait pas d'espérer que des pinces courbes pussent l'atteindre. C'est pourquoi je préférai l'usage du moyen suivant, dont le succès a justifié la préférence. Je pris une baleine de quinze pouces environ de longueur sur deux lignes de largeur et une ligne d'épaisseur : je perçai l'une de ses extrémités, que j'appellerai extrémité inférieure, de six trous; j'engageai cette même extrémité dans un morceau d'éponge fine, taillé en forme de cône, représentant assez exactement la petite extrémité d'un œuf de perdrix coupé à sa partie moyenne; je fixai solidement l'éponge à la baleine au moyen d'un fil ciré que je fis passer dans les trous dont celle ci était percée à son extrémité inférieure. Je serrai fortement l'éponge sur elle-même et sur la baleine au moyen d'une ficelle dont je l'environnai depuis la pointe jusqu'à la base. Au bout d'une heure environ, j'ôtai la ficelle; l'éponge conserva à-peu-près le volume où elle avait été réduite par la compression, ce volume égalait celui d'une olive de moyenne grosseur. Après avoir enduit l'éponge et la baleine avec du beurre frais, je les introduisis dans le pharynx, puis dans l'œsophage; j'éprouvai de la résistance dans le lieu où le sou était arrêté, j'employai un peu de force, l'éponge passa outre et parvint bientôt dans l'estomac, où je la laissai pendant plusieurs minutes, malgré les efforts que faisait le malade pour vomir. Quand je crus que l'éponge était suffisamment imprégnée des liquides contenus dans ce viscère et qu'elle avait repris le volume qu'elle avait avant la compression, je la retirai doucement; elle présenta de la résistance au quart supérieur de l'œsophage; cette résistance fut vaincue, et le corps étranger parvint dans la bouche avant l'éponge : celle-ci s'était gonflée au point qu'elle remplissait exactement, et même avec un peu de pression, le canal œsophagien. La première tentative a été couronnée d'un plein succès. L'irritation occasionnée par la présence du corps étranger a cédé promptement aux boissons adoucissantes et au régime de même nature. Si des cas semblables se présentaient, j'engagerais les praticiens à se servir d'un pareil moyen : il est rationnel, il n'est point dangereux, il est d'une exécution facile, et son efficacité est constatée par le fait qui vient d'être rapporté.

Ulcère fistuleux de la fosse iliaque interne guéri par la compression et la cautérisation. — *Obs. communiquée par le docteur Négrier.* — Le numéro des *Archives* du mois de juillet dernier contient un article dans lequel je prouve, par des faits, la possibilité de guérir les ulcères fistuleux profonds en introduisant dans leur intérieur des trochisques de minium. L'observation suivante vient confirmer encore les résultats que j'ai annoncés. La jeune fille qui en est le sujet est celle dont il est question dans le cinquième cas. Les moyens que j'avais mis en usage n'avaient eu aucun effet, ainsi que je l'ai dit, et la malade était retournée chez elle conservant sa fistule, lorsque je l'engageai à se soumettre de nouveau à quelques tentatives. Le nouveau traitement commença le 27 novembre 1827. La santé générale était bonne, la jeune fille avait de l'embonpoint et de la fraîcheur; elle n'éprouvait de douleurs au fond de la fistule qu'à des intervalles très-éloignés. La marche était plus facile que lors du premier traitement, aussi avait-elle repris depuis lors une partie de ses occupations habituelles. Toutefois, la suppuration était à-peu-près aussi abondante qu'en 1824, et toujours très-liquide, grisâtre, sans odeur. La profondeur de la fistule était cependant moindre, puisqu'elle était alors de dix pouces, et qu'elle n'était plus que de sept pouces et demi.

J'introduisis dans son intérieur une grosse sonde échancrée à son extrémité, chargée d'un morceau de nitrate d'argent du poids de 24 grains. Le caustique était maintenu en place au moyen d'une petite griffe soudée au bout de la sonde et courbée sur le morceau de nitrate d'argent. La sonde fut portée aisément jusqu'au fond de la fistule, qui correspondait à-peu-près à la symphyse sacro-iliaque droite, un peu en dehors de cette articulation. En retirant l'instrument, je lui imprimai un mouvement de rotation afin de cautériser toute la circonférence du conduit fistuleux. La douleur qu'éprouva la malade fut très-vive, et dura une grande partie de la journée et de la nuit. Elle cessa entièrement dans la matinée du lendemain. Le soir de ce second jour (28 novembre) j'établis une forte compression sur la fosse iliaque à l'aide d'une pelotte très-ferme, longue de cinq pouces, qui fut maintenue solidement en place par un bandage en huit de chiffre, dont les croisés entourant alternativement la cuisse et les lombes, se croisaient sur la pelotte. Augmentation notable de la suppuration sans douleur, et le 30 elle entraîne un petit rouleau de papier qui avait servi à fixer le nitrate d'argent dans la sonde, et qui s'était échappé pendant la cautérisation. Le pansement fut le même jusqu'au 3 décembre. Le lendemain 4, douleur profonde vers l'échancrure sciatique, avec fourmillement désagréable dans toute la jambe jusqu'aux orteils, à leur face plantaire. Cette sensation dou-

loureuse cessa dans la nuit, et reparut le lendemain matin avec plus d'intensité, et accompagnée d'un frisson général. Je crus devoir cesser l'application du bandage compressif, je sondai la fistule pour la première fois depuis la cautérisation (le 6 décembre), sa profondeur était diminuée d'un pouce et demi, le canal était plus étroit, il repoussait, en quelque sorte, la sonde par l'élasticité de ses parois, au moment où je retirais l'instrument.

Encouragé par ce premier succès, je voulus retenir la malade afin de continuer avec persévérance les moyens qui avaient si bien réussi, mais elle ne put résister au désir de retourner dans sa famille, et elle partit le 8 décembre, onzième jour du traitement, promettant d'exécuter avec exactitude le pansement qu'elle avait vu faire pendant dix jours : depuis cette dernière époque je n'avais plus entendu parler de cette malade, lorsque le 15 septembre 1828 elle vint me voir, et m'apprit que sa guérison était parfaite depuis plusieurs mois, qu'elle avait repris ses travaux habituels, et que depuis long-temps elle faisait à pied et sans douleur des courses de plusieurs lieues. J'examinai la cicatrice, qui est légèrement déprimée et adhérente. Je crois ce fait chirurgical encore unique, et quoi qu'il en soit, il prouve incontestablement les avantages de la cautérisation dans les ulcères fistuleux les plus profonds, et la possibilité de leur guérison par ce moyen, lors même qu'ils sont entretenus par une altération organique ancienne.

Extirpation d'un cancer ulcéré dans le rectum, suivie de guérison, *par le docteur Maurin, chirurgien-adjoint à l'hôpital de Versailles.* — Légeron (J. B.), âgé de 30 ans, d'une constitution délicate, éprouvait, depuis plus de six mois, dans le rectum, une pesanteur fort gênante, des douleurs vives, et parfois des élancemens fort pénibles, et ne pouvait vaincre qu'à l'aide de lavemens une constipation opiniâtre. L'introduction du doigt dans le rectum fit découvrir au côté gauche de cet intestin, et à environ trois pouces de l'anus, une tumeur de forme ovale, dure, irrégulière, ulcérée dans son centre. Il sortait de l'anus un pus ichoreux, sanguinolent, fétide, assez abondant. La mobilité de la tumeur fit concevoir, malgré son éloignement de l'anus, l'espérance du succès de l'extirpation. Elle fut pratiquée, le 21 septembre 1828, de la manière suivante : le malade étant couché sur le côté gauche, le membre gauche étendu, et le droit fléchi, on incisa le sphincter à sa partie postérieure et gauche dans l'étendue de cinq à six lignes, à l'aide d'un bistouri boutonné conduit par l'index introduit dans l'anus. La tumeur fut alors accrochée sur ses parties latérales avec deux érignes ; par des tractions légères et graduées on parvint à l'amener au dehors. Faisant alors soulever la tumeur par un aide, d'une main, l'opérateur en écartait

la paroi du rectum, tandis que de l'autre, armée de ciseaux courbes sur le plat, il en coupait les adhérences. Cette tumeur, enlevée en totalité, était ovale, un peu aplatie, longue de plus de deux pouces, ulcérée à sa surface libre dans l'étendue d'un bon pouce, d'un tissu compacte. Elle parut s'être développée immédiatement sous la membrane muqueuse ou dans l'épaisseur même de cette membrane; on s'assura, par son inspection, qu'aucune portion de la membrane musculeuse de l'intestin n'avait été excisée. L'opération fut très-douloureuse, quoique peu longue; le malade perdit une assez grande quantité de sang, dont l'écoulement fut néanmoins arrêté par le tamponnement. Cinq heures après l'opération, le malade éprouva des douleurs vives dans la région hypogastrique, avec dysurie, fièvre forte (120 pulsations), chaleur et sécheresse de la peau, rougeur de la langue; deux saignées pratiquées dans la soirée améliorèrent son état. Il y eut quelques heures de sommeil pendant la nuit. Le lendemain, le pouls donnant encore 100 pulsations, le malade fut de nouveau saigné. A la levée de l'appareil, il s'écoula une assez grande quantité d'un pus sanguinolent. Depuis lors, l'état du malade s'améliora de jour en jour, la suppuration devint peu-à-peu moins abondante. Les douleurs lancinantes n'ont plus existé depuis l'opération. Le pansement consistait, tous les jours, dans l'introduction d'une mèche de charpie assez volumineuse, qu'on faisait pénétrer aussi loin que possible. Le 15 novembre, la plaie ne fournissait plus que quelques gouttes de suppuration; le malade rendit spontanément une selle abondante et consistante, ce qui n'était point arrivé sans de vives douleurs depuis près d'un an. La plaie du sphincter s'est enfin complètement cicatrisée. Si l'on examine le rectum, on trouve, à la place qu'occupait la tumeur, un enfoncement qui est dû, probablement, à la compression que cette tumeur a si long-temps exercée sur le tissu cellulaire environnant. Le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri. (*Journ. Hebdom. de Méd.*, n.° 14.)

Réunion d'un doigt qui avait été entièrement séparé de la main. — *Observ. par le docteur Balfour.* — « Le 10 juin 1828, vers les onze heures du matin, le nommé Georges Pedie, charpentier, vint réclamer mes soins, accompagné d'un de ses camarades; il avait la main gauche enveloppée d'un mouchoir tout ensanglanté. En la découvrant, je reconnus que la moitié du doigt indicateur venait d'être enlevée par un instrument tranchant, et cet homme m'apprit qu'en voyant son doigt abattu, il s'était hâté de venir me trouver, sans songer à ramasser la portion que la hache avait séparée. J'envoyai de suite son camarade sur le lieu où l'accident venait d'arriver, afin de me l'apporter, et examinant la plaie, je vis que la section du doigt avait été opérée obliquement, de telle sorte que l'incision commençait en dehors à

l'extrémité supérieure de la seconde phalange, et se terminait en dedans près de la troisième. Par suite de l'obliquité de cette division, la portion restante du doigt avait un pouce et demi de longueur à son bord externe, et un pouce à son bord interne; la surface de la plaie faite par la hache était très-nette, et se terminait par un lambeau aigu. Au bout de cinq minutes environ, Robertson, le camarade du blessé, arriva apportant l'extrémité du doigt coupé, qui était blanche et froide, ainsi que je le fis observer au docteur Reid, qui était présent. Sans perdre un instant, je versai un peu d'eau sur les deux surfaces saignantes, afin d'enlever le sang de l'une, et d'absterger les corps étrangers qui avaient pu s'attacher à l'autre, et je les réunis de manière à les rapprocher le plus exactement possible.

« J'eus beaucoup de peine à inspirer au blessé l'espoir de voir cette tentative de réunion suivie de succès; mais après l'avoir bien convaincu qu'il ne pourrait d'ailleurs en résulter aucun inconvénient, je le décidai à conserver le pansement que je venais de faire pendant une semaine, à moins qu'il ne survînt beaucoup de douleur et une odeur trop fétide. Dans ce cas, je l'engageai à venir me revoir plus tôt; mais jusque-là il devait conserver son bras en écharpe, et ne se servir aucunement de sa main. Il me promit de suivre ponctuellement mes instructions. Je le revis le lendemain, il n'avait éprouvé aucune douleur extraordinaire, mais la plaie n'avait pas cessé de saigner. Je le rassurai sur cette légère hémorrhagie, et je le quittai en insistant pour qu'il vînt me voir chaque jour. Je l'attendis inutilement les jours suivans, et depuis je n'en avais plus entendu parler, lorsqu'on vint me demander, le 2 juillet, si je me rappelais d'avoir réuni le doigt d'un individu dont la moitié avait été séparée par un coup de hache. Sur ma réponse affirmative, on m'apprit que cet homme, peu confiant dans les soins et l'espérance que je lui avais donnés, était allé consulter un autre chirurgien, douze jours après l'accident, et que, malgré les observations de mon confrère, il l'avait sollicité de lever l'appareil que j'avais appliqué, bien persuadé que la portion détachée n'avait pu adhérer au reste de son doigt. Mais quelle fut la surprise du chirurgien et du blessé en voyant qu'une cicatrice complète s'était déjà opérée, et qu'elle était assez solide pour avoir résisté aux tractions peu ménagées qu'on avait exercées en levant les diverses pièces d'appareil.

« La narration de ce fait m'intéressait trop pour que je restasse sans m'assurer de sa réalité. Je me rendis le 4 juillet chez Pedie, et je pus reconnaître que la réunion des parties était, en effet, complète. Le doigt a la même couleur et la même chaleur que les autres doigts; il jouit du même degré de sensibilité. L'épiderme s'est exfolié peu-à-peu, et l'ongle est tombé, mais je ne doute pas qu'il se reproduise bientôt.

D'après les informations que j'ai prises auprès du blessé et des personnes qui étaient présentes au moment de l'accident, il a dû s'écouler plus de *vingt minutes* entre le moment de la division du doigt et celui où j'en opérai la réunion. (*The London and Paris Observer*; 31 août, 1828.)

Matière médicale, Toxicologie, Pharmacologie.

Propriétés chimiques et médicales du cornouiller a feuilles rondes ; *par J. Robinson*.—Le Cornouiller à feuilles rondes, *Cornus circinata*, Willdenow, arbrisseau de huit à dix pieds de hauteur, appartenant à la famille naturelle des Caprifoliacées, croît le long des rivières dans les parties tempérées des États-Unis de l'Amérique du nord. Son écorce était depuis long-temps employée avec quelque succès comme un remède secret dans les cas de diarrhée et de fièvres intermittentes, lorsque le professeur Mouson ayant eu occasion d'observer ses effets, reconnut qu'elle jouissait de propriétés toniques et astringentes très-prononcées, et proposa de l'introduire dans la matière médicale. Depuis cette époque, plusieurs praticiens, et entr'autres le docteur Ives de New-Haven, ont employé cette substance dans certains cas de diarrhée chronique, dans la seconde période de la dysenterie, dans les affections chroniques du foie et dans les cas, en général, qui réclament une médication tonique et astringente. Enfin, M. Robinson assure l'avoir mis en usage sur lui-même avec le plus grand succès pour combattre une diarrhée violente et rebelle qui l'accablait depuis long-temps, et qui avait résisté à tous les autres moyens. Cette écorce desséchée est roulée, blanchâtre en dedans et recouverte d'un épiderme brun. Sa poudre est d'un jaune-clair, d'une odeur aromatique et d'une saveur amère et astringente qui n'est point désagréable, et qui, d'abord a quelque chose de celle du colombo. L'eau et l'alcohol s'emparent de ses principes actifs. D'après les recherches de M. Carpenter, elle contient du tannin, de l'acide gallique, de la gomme, du mucilage, une huile essentielle et une matière saline particulière qui diffère de la *Cornine* qui existe dans le cornouiller à grandes fleurs, *Cornus florida*, par une amertume moins prononcée et une plus grande astringence. On l'administre ordinairement en poudre, à la dose de ℈ j à ij; en infusion, préparée avec ℈ ij gros de cette substance pulvérisée pour une pinte d'eau bouillante; et en décoction, en en faisant bouillir une once dans une pinte d'eau. La dose est d'une à deux onces plusieurs fois par jour. M. Robinson pense qu'on pourrait employer avec avantage l'extrait alcoholique, qui possède, sous un moindre volume, toutes les propriétés de cette substance. (*The North Amer. Med. and Surg. Journ.*; juillet 1828.)

Action de l'huile de croton tiglium a la suite d'absorption par la surface de la main. — La religieuse et l'infirmière de l'une des salles de l'hôpital de Guy (à Londres), ayant un jour pratiqué, sur l'abdomen d'un malade affecté d'une constipation opiniâtre, des frictions avec l'huile de *croton tiglium*, la première, qui les avait faites pendant un espace de temps assez long, se trouva fortement purgée, environ trois heures après. En même temps, elle éprouva un sentiment de malaise général, et un goût désagréable se fit sentir dans sa bouche. Peu d'instans après, l'infirmière eut aussi des évacuations alvines, mais moins abondantes, et qui ne furent accompagnées d'aucun autre symptôme. Quant au malade, les frictions ne produisirent chez lui aucun effet; il succomba, et l'examen nécroscopique en fit connaître la cause; le cours des matières était interrompu par un obstacle mécanique qui existait dans un des points du canal intestinal. (*The London medic. and surg. Journ.*, etc., décembre 1828.)

Procédé pour la préparation de l'atropine. — M. Tilloy, pharmacien à Dijon, donne le procédé suivant pour préparer l'atropine ou principe actif de l'*atropa belladona* : on fait un extrait aqueux de belladone, et on le traite par l'alcohol. Ce liquide, séparé du magma gommeux, est distillé, et le résidu est étendu d'eau, puis filtré pour en séparer la résine, et enfin évaporé en consistance d'extrait mou. On reprend cet extrait par de nouvel alcohol à 35°; on laisse éclaircir la liqueur, on filtre et on distille (on pourrait abréger les manipulations en faisant un extrait alcoholique et le traitant par l'eau, etc.); au résidu de la distillation on ajoute encore de l'eau pour en précipiter ce qui reste de résine, on filtre et on évapore une grande partie du liquide; on y projette alors de la magnésie décarbonatée qui donne lieu à un dégagement considérable d'ammoniaque; on laisse refroidir, on filtre, et on fait sécher le précipité que l'on traite par de l'alcohol bouillant; on filtre et on distille; il reste un extrait brun qui, agité à plusieurs reprises avec l'éther, lui communique une couleur ambrée. L'éther séparé et distillé, laisse au fond du vase le principe amer de la belladone uni à une matière grasse, dont on le débarrasse en le faisant bouillir légèrement avec de l'eau acidulée par les acides sulfurique ou acétique; on laisse refroidir, on filtre, et on y verse un peu de soude caustique ou d'ammoniaque : il se précipite une substance de couleur jaune foncée; c'est l'atropine qu'il faut laver à plusieurs reprises.

Cet alcaloïde est d'une consistance semblable à de la mélasse très-épaisse, et par la chaleur il devient plus fluide; mis sur un charbon et exposé à la flamme d'une bougie, il brûle à la manière des ré-

sines; très peu soluble dans l'eau, il forme très-promptement, avec l'éther et l'alcohol, des dissolutions de saveur amère et qui jouissent de la propriété de rétablir la couleur bleüe rougie par les vapeurs de l'acide acétique; il est dissous par les acides étendus d'eau, et précipité par les alcalis. M. Tilloy n'a pu obtenir de cristaux de sa combinaison avec les acides; ce qui tient peut-être à la petite quantité sur laquelle il a opéré, ou bien à la présence d'une petite quantité de matière colorante dont ce chimiste pense qu'on pourrait le priver en le dissolvant dans de l'alcohol, et y ajoutant du charbon animal.

Cette substance jouit de propriétés extrêmement énergiques. Un atôme ayant été dissous dans quelques gouttes d'alcohol, ou d'eau légèrement acidulée, qu'on étendit ensuite avec une once d'eau, une seule goutte de ce *solutum* suffit pour dilater la pupille d'une manière étonnante. (*Journ. de Pharmac. et des sciences access.*, décembre 1828.)

Développement d'odeur d'acide hydrocyanique dans un composé médicamenteux. — M. Ehrenberg, pharmacien à Cœnnern, ayant fait, sur la prescription d'un médecin, une solution d'acétate de potasse dans l'eau de canelle, trouva, vingt-quatre heures après, que la solution exhalait une odeur prononcée d'acide hydrocyanique. Croyant qu'il y avait eu erreur dans la préparation, il renouvella l'expérience et obtint le même résultat. M. Blei, pharmacien à Bernberg, a lui-même constaté le fait. (*Bulletin des Sciences méd.*; septembre 1828.)

Blanquinine, nouvel alcali végétal. — Le docteur N. Mill, de Bogota, a découvert, dans le *Quina blanca* de Mutis, *Cinchona macrocarpa* de Vohl, un nouvel alcaloïde végétal, qu'il nomme *Blanquinine* pour le distinguer des autres, et indiquer son origine. Il promet de donner prochainement le résultat des recherches qu'il a entreprises sur cette substance. (*Quart. journ. of sc.*, n.° VI, nouv. série.)

Variolaire amère, succédanée du quinquina. — Suivant M. Cassebeer, cette espèce de lichen, qui croît en abondance sur l'écorce des hêtres dans les bois montueux, est douée d'une amertume semblable à celle du quinquina. Il résulte des expériences tentées par l'auteur sur cette plante, qu'elle jouit des mêmes propriétés fébrifuges que l'écorce du Pérou. Il est facile de répéter ces essais, car la variolaire amère est très-commune, et se distingue facilement de la variolaire ordinaire qui n'est pas amère. (*Magazin für Pharm.*; février, 1827.)

Académie royale de Médecine. (Décembre.)

Académie réunie. — *Séance du 2 décembre.* — Lettre de M. Paradis, médecin à Paris, qui annonce que M. Pagez, médecin à Viana dans la province de Navarre en Espagne, enverra prochainement à l'Académie des observations de fièvre jaune recueillies dans cette ville qui est à plus de quarante lieues de l'Océan, et pour laquelle il est difficile de supposer toute importation.

Élection d'un président pour l'année 1829. — M. Bourdois est élu.

Acide hydrocyanique. — M. Gasc, au nom de la commission de police médicale, lit un rapport sur une lettre qu'a adressée à M. le préfet de police, M. de Puymaurin, membre de la Chambre des députés, sur la question de savoir *si l'on ne pourrait pas remplacer en médecine l'acide hydrocyanique par une substance moins dangereuse.* La commission propose qu'il soit écrit à M. le préfet de police qu'il n'y a pas lieu à donner suite à la proposition de M. Puymaurin, et d'instruire ce Magistrat que l'Académie s'occupe en ce moment, par ordre du Ministre de l'intérieur, de la révision de cette partie du Codex qui a trait aux préparations d'acide hydrocyanique. Cette proposition est adoptée.

Café et chocolat antiphlogistique ou rafraichissant de santé *de la dame Hougt-Delhog.* — Cette dame a demandé au Ministre du commerce un brevet d'invention et de perfectionnement pour ce comestible, et le Ministre consulte l'Académie sur la convenance d'accorder ou de refuser cette demande. M. Desgenettes, au nom d'une commission, déclare que le chocolat a été trouvé, par l'analyse, composé tel que la dame Delhog l'avait annoncé. Il blâme la dénomination donnée à ce comestible, dénomination qu'il juge propre à induire le public en erreur : il propose de répondre au Ministre que ce comestible peut être débité en concurrence avec ceux du même genre, mais qu'il n'y a pas lieu à accorder le brevet de perfectionnement demandé.

— Sur la proposition de M. Louyer-Villermay, l'Académie arrête qu'il sera ouvert dans ses bureaux une souscription pour répondre à l'appel philantropique fait par M. le préfet de police, touchant l'extinction de la mendicité.

Emissions sanguines. — M. Louyer-Villermay, au nom d'une commission, fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Vidal,

médecin à Bayonne, et correspondant de l'Académie, intitulé : *Dissertation sur l'emploi des émissions sanguines, leur mode d'action, et la préférence à donner à chacune d'elles dans les maladies.*

Séance du 16 décembre. — FIÈVRE JAUNE DE GIBRALTAR. — Lettre de M. Louis, commissaire de l'Académie à Gibraltar, qui annonce son heureuse arrivée en cette ville, le 23 novembre : dès le 24, ce médecin a commencé ses travaux. On comptait encore 430 malades, dont les deux tiers étaient convalescens. La mortalité diminuait ; la maladie n'avait épargné aucun des quartiers de la ville, et s'était propagée au dehors sous les tentes sous lesquelles s'étaient réfugiés les habitans, et jusqu'au sommet des rochers.

EAUX MINÉRALES DE LA CORSE. — M. Delens, au nom de la commission des eaux minérales, rend compte d'un mémoire de M. Vanucci, étudiant en médecine, *sur les eaux minérales de la Corse*. Ces eaux sont placées généralement dans le centre de l'île. Deux sources sont thermales, celle de Vico ou Guagno, et celle de Fiumorbo. La première est à l'est de l'île, au pied d'une montagne appelée Tirridore, près Vico et Corte, et dans l'arrondissement d'Ajaccio. Elle possède un bel établissement de bains, sous la direction d'un médecin inspecteur, M. de Franchi. La température en est très-élevée ; la nature n'en a pas encore été exactement déterminée par l'analyse : 400 malades environ y viennent chaque année se faire traiter d'éruptions cutanées, d'engorgemens glandnleux, et de maladies chroniques des viscères abdominaux. Les eaux de Fiumorbo ou de Pietrapola sont situées dans l'arrondissement de Corte ; elles sont encore sans établissement de bains, à cause de la pauvreté des habitans ; on les recommande contre les éruptions cutanées, les vieux ulcères et la syphilis invétérée. Les eaux minérales froides abondent dans la Corse ; les plus renommées sont celles d'Orezza, appelées encore *aquæ acetosæ*, à cause de leur forte acidité. Faute d'établissement de bains, on ne les prend qu'en boissons ; mais on en fait des envois dans toute l'île. Selon M. Santini, qui en est le médecin inspecteur, elles excitent l'appétit, rendent les digestions plus faciles, augmentent les forces musculaires, provoquent une abondante diurèse. Contraires aux phthisiques, elles conviennent dans les maladies chroniques des viscères abdominaux et des voies urinaires. M. Vanucci cite encore parmi les eaux minérales froides de la Corse, 1.° l'eau de Mesé, qui purge à la dose d'un à deux verres ; 2.° celle de Puzzichello, qu'il a vu réussir dans trois cas d'affections cutanées. M. Delens, tout en avouant que le mémoire de M. Vanucci n'est qu'un essai, le présente comme étant le travail le plus exact et le plus complet qu'on ait encore sur les eaux minérales de la Corse.

FIÈVRE JAUNE. — M. Desportes, au nom d'une commission, lit un

rapport sur un mémoire de M. le docteur Leymerie, intitulé : *Nouvelles vues sur la fièvre jaune*, et sur lequel le Ministre a consulté l'Académie. M. Leymerie considère la fièvre jaune comme un foudroiement électrique déterminé par une constitution atmosphérique délétère, dans laquelle l'air est *vicieusement chargé d'électricité et de calorique*. Le rapporteur fait de nombreuses objections au système de M. Leymerie, et conclut à ce qu'il soit répondu au Ministre, 1.° que les vues de M. Leymerie sur les causes atmosphériques de la fièvre jaune, et sur la nature de cette maladie, dont il fait une combustion électrique positive, sont loin d'être justifiées ; 2.° que tout le travail de ce médecin ne se recommande que par le conseil de deux mesures sanitaires, qui encore n'ont pas le mérite de la nouveauté, mais dont l'utilité est évidente. De ces deux mesures, l'une est l'introduction d'eau dans la cale des vaisseaux pour en rafraîchir l'air ; l'autre est de faire fuir aussitôt de tout foyer d'épidémie de fièvre jaune.

Seigle ergoté. — M. Mérat, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire imprimé de M. Courhaut, officier de santé à Châlons-sur-Saône, intitulé : *Traité de l'ergot du seigle et de ses effets sur l'économie animale, principalement la gangrène*, et sur lequel le Ministre a aussi demandé l'avis de l'Académie. M. Courhaut a vécu dans des contrées où le peuple se nourrit fréquemment de pain fait avec du seigle ergoté, et a vu beaucoup d'individus atteints des accidens que suscite l'usage de ce pain. Ces accidens sont le sphacèle des membres ; la partie malade éprouve d'abord un fourmillement, devient rosée ; bientôt elle jaunit, devient violacée, le pouls cesse de s'y faire sentir ; enfin elle se gangrène et tombe. Sur plus de 300 malades qu'il a traités, il n'en a perdu qu'un seul. Selon lui, il existe dans l'ergot un acide qu'il appelle *ergotique*, qui contracte les vaisseaux, en chasse le sang, et est la cause de tous les accidens spécifiés. Le spécifique est l'ammoniaque, qui neutralise l'acide en deux minutes dans le grain, et dans deux heures dans le malade. Le traitement qui a constamment réussi à M. Courhaut, consiste à frictionner les parties attaquées avec de l'ammoniaque, et à en donner par gouttes à l'intérieur dans une infusion de quinquina. Ajoutons qu'il faut faire cesser l'usage du pain ergoté, et le remplacer par une nourriture succulente. Il ne paraît pas que ce médecin ait jamais observé ces vertiges, ces convulsions dont ont parlé d'autres observateurs, et qui leur ont fait admettre deux espèces d'ergotisme, un *gangréneux* et un *convulsif*. Quant à la nature de l'ergot, c'est selon M. Courhaut, un embryon altéré par la pluie et devenu monstrueux. Ce médecin n'accorde pas que le grain puisse être moitié sain et moitié ergoté. L'ergot frais a le plus de propriétés, et celui

qui est sec les recouvre quand on le mouille. L'écorce de l'ergot est beaucoup plus active que l'ergot entier, et le plus fort ergot est celui dont la teinte est violette à l'intérieur, ce qui avait fait penser à Wildenow, qu'il existait deux espèces d'ergot, l'un à chair blanche, peu ou point nuisible, et l'autre à chair violette, très-délétère. Le rapporteur termine en disant que M. Courhaut réclame sans preuves la priorité de tout ce qui a été dit sur l'ergot, et propose qu'il soit répondu négativement à cette demande qu'avait faite le Ministre, si l'ouvrage du sieur Courhaut renfermait des idées neuves dont la science put tirer parti en faveur de l'humanité.

Section de médecine. — *Séance du 9 décembre.* — **Vaccine.** — M. le secrétaire lit une lettre de M. Bervebert, médecin à Aumont (Lozère), qui annonce que la variole a régné épidémiquement dans ce département, et qui déclare faux les bruits qui avaient été répandus, que la maladie avait attaqué les individus vaccinés aussi bien que les non vaccinés. Des recherches faites par M. Bervebert lui ont prouvé que deux vaccinés seuls ont été atteints, et encore n'ont-ils eu que des varioles très-bénignes bornées à une douzaine de pustules, et qui n'ont duré que de sept à huit jours. — Une autre lettre de M. Gimé, chirurgien à Beruecourt (Meurthe), a trait à une anomalie de la vaccine : six piqûres vaccinales avaient été faites au bras d'un enfant; une de ces piqûres donna lieu à une pustule de vraie vaccine, mais qui avait plus d'un pouce de diamètre, tandis que les autres avaient leur volume ordinaire : des vaccinations furent pratiquées avec cette grosse pustule, et il en résulta des vaccines régulières. Seulement un des vaccinés offrit un grand nombre de boutons de vaccin sur les avant-bras; un autre eut, à la suite de la dessiccation des pustules, une ulcération qui suppura pendant deux mois.

Piqûres de sangsues. — La même lettre de M. Gimé mentionne un bon moyen d'arrêter les hémorrhagies auxquelles donnent lieu quelquefois les piqûres des sangsues : ce moyen consiste à appliquer sur les piqûres une petite quantité de fibrine de sang desséché et réduit en poudre fine; il se forme aussitôt sur la plaie un caillot imperméable. Ce moyen a même réussi à M. Gimé dans des plaies plus considérables faites par instrumens piquans ou tranchans.

Variole de Marseille. — M. Rochoux donne des détails sur l'épidémie variolique de Marseille. La population qui a été exposée à l'épidémie était de 40,000 individus; sur cette population 30,000 avaient été vaccinés, 2,000 avaient eu la variole naturelle, et 8000 n'avaient été, ni vaccinés ni atteints de la variole. Sur les 30,000 vaccinés, 2,000 ont été malades, et 20 sont morts : sur les 2000 varioleux, 20 ont été malades et 4 sont morts; enfin, sur les 8,000 qui n'ont été ni vaccinés ni varioleux, 4,000 ont été malades,

et 1,000 sont morts. — M. Rochoux conclut que la maladie qui a atteint les varioleux, et qui n'en a fait périr qu'un sur 100, devait être autre que celle qui a atteint les individus non vaccinés, puisque celle-ci en a fait périr un huitième. Il conclut encore que la condition des vaccinés a été plus heureuse que celle des varioleux, puisque bien qu'atteints en plus grand nombre, la mortalité a été proportionnellement moindre pour eux; il n'est mort chez les vaccinés que 20 individus sur 2,000 malades, tandis que sur 20 varioleux malades il en est mort 4. — M. Rochoux dit encore que la mortalité, qui n'a été que d'un septième ou d'un huitième chez les riches, a été d'un quart ou d'un tiers chez les pauvres. Il ajoute que sur 15 personnes qu'on vaccinait pendant l'épidémie, la vaccination réussissait chez 14, d'où il résulte qu'on sauvait de la mort le dixième des sujets que l'on vaccinait; car ce dixième serait mort s'il avait été atteint de la variole naturelle. M. Rochoux termine en faisant remarquer combien étaient pernicieux les conseils qui avaient été donnés de suspendre les vaccinations, sous le prétexte que les pustules produites prenaient un caractère gangréneux et charboneux. — M. Bousquet dit que tous ces détails sont puisés dans un mémoire de M. Favart, médecin à Marseille, qui a été envoyé à l'Académie imprimé et manuscrit.

Venin du serpent a sonnettes. — M. H. Cloquet lit une note de M. le docteur Rousseau, chef de travaux anatomiques au Jardin du Roi, relative à des expériences sur le venin du serpent à sonnettes. Le venin qui a servi à ces expériences avait été pris sur un crotale tué depuis trente heures, et conservé depuis ce temps dans de l'alcohol. Avec un des crochets de ce crotale, une grenouille fut piquée à la cuisse; mouvement convulsif au moment de la piqûre, respiration alternativement lente et accélérée, tremblemens; au bout de trois jours prostration extrême, et mort après huit jours seulement, parce que par suite de l'immersion du serpent dans l'alcohol le venin contenu dans le crochet avait été coagulé. A l'ouverture du corps, on trouve tous les viscères injectés d'un sang encore fluide. En pressant sur la poche du venin, M. Rousseau, obtient huit grammes de ce fluide; il est d'un blanc sale, trouble; par le repos, il s'y fait un dépôt d'un blanc mat un peu gris; le liquide restant est ambré, muqueux et acide, car il rougit le papier de tournesol. Un pigeon est piqué à la poitrine avec le crochet employé dans l'expérience précédente; et on introduit chez un autre pigeon, à la poitrine aussi, un tiers de goutte du venin qui a été recueilli; d'abord il ne se forme aux piqûres qu'une ecchymose violette à peine apparente; mais bientôt cette ecchymose s'accroît jusqu'à avoir la dimension d'un écu de six livres; au bout d'un quart d'heure les

animaux deviennent tristes, restent immobiles dans un coin, clignotant les paupières, alongeant le col, paraissant ne pouvoir supporter la tête, ayant une respiration stertoreuse; enfin, ils meurent au milieu de convulsions générales, le premier en 35 et le second en 45 minutes. *Autopsie.* Aux piqûres, épanchement de sang à moitié fluide et d'un rouge-violet foncé; veines des intestins injectées d'un sang fluide; cœur d'un rouge-brun et très-gorgé de sang; dans les artères, sang à moitié coagulé; poumons rouges et flasques; vaisseaux de la tête, et surtout veines des lobes antérieurs du cerveau, gorgés de sang. Ces expériences répétées sur plusieurs grenouilles et oiseaux, présentent les mêmes résultats, soit sous le rapport des symptômes, soit sous celui des lésions cadavériques. Un chien, un hérisson survivent, parce qu'on a employé trop peu de venin. Le coagulum que l'alcohol a déterminé dans le venin fait lui-même périr en trois heures une souris, en quatre heures un hérisson.

Angine plastique, gangréneuse, diphtérique. — M. Bourgeois, médecin de la maison royale de St.-Denis, lit un mémoire sur une angine plastique, maligne, gangréneuse, qui a régné épidémiquement dans la maison royale de St.-Denis en 1827 et en 1828. Sur une population de 700 personnes à-peu-près, toutes du sexe féminin, 57 personnes ont été atteintes, et 5 sont mortes; voici quelle fut la marche de la maladie. Au printemps de 1827, un grand nombre des plus jeunes élèves eut ce gonflement douloureux et phlegmasique des parotides et ganglions cervicaux qu'on appelle *oreillons*. En juin, même année, deux de ces élèves présentent, les premières, l'angine plastique : dans l'une, la maladie commença au pharynx, s'étendit de là au larynx et au canal aérien, et après des crises répétées de toux fit périr le malade de suffocation : dans l'autre, la maladie fut exclusive aux voies aériennes; mais l'excrétion d'une portion de fausse membrane tubulée, d'un pouce et demi de long, fut l'annonce d'une première amélioration, et en effet, au bout d'un mois la malade fut rétablie. Bientôt six autres élèves se présentèrent avec les taches pelliculaires sur plusieurs points du voile du palais; bien qu'elles parussent à peine malades, on se hâta de cautériser avec un pinceau imbibé d'acide hydro-chlorique pur; cette cautérisation fut renouvelée toutes les 24 heures, à mesure que les concrétions tombaient et se reproduisaient; cette reproduction alarmante eut lieu huit ou dix jours; les couennes se montrèrent même de plus en plus épaisses, et envahirent le pharynx, le larynx : cependant vers le onzième et douzième jour, elles cessèrent graduellement d'apparaître, et vers le vingtième jour les malades furent tout-à-fait guéries. Dans une neuvième malade le mal n'occupa d'abord que le pharynx; une cautérisation avec l'acide hydro-chlorique sembla

presque l'arrêter; mais au moment où l'on croyait la guérison complète, apparaissent tout-à-coup les symptômes les plus alarmans; les concrétions pelliculaires se sont développées dans la profondeur des tubes aérifères, la cautérisation ne peut plus être employée, et on y supplée par des insufflations d'alun en poudre; le mal s'étend au pharynx, jusques dans le nez, et le dixième jour la malade périt. Dans le mois d'août, la maladie frappe vingt-trois autres personnes; dans l'une d'elles, elle commença par une légère tache à l'orifice de la narine gauche, s'étendit de là au pharynx et au voile du palais, et au dixième jour elle se développa jusques sur la membrane muqueuse du vagin et à l'orifice de l'anus. Pendant le mois de septembre, la maladie parut finie; mais elle se remontra en octobre chez une élève de 11 ans, dans laquelle elle commença par les fosses nasales pour envahir delà le pharynx et les voies aériennes; la malade périt le huitième jour; et à l'ouverture du cadavre on trouva les ganglions sous-maxillaires et cervicaux tuméfiés, un lambeau de fausse membrane sortant par la narine droite, les fosses nasales remplies d'un détritus sanieux et fétide, d'épaisses concrétions enveloppant les amygdales et s'étendant jusqu'aux deux tiers de l'œsophage, un tuyau de même nature pénétrant par la glotte et le larynx et tapissant la trachée-artère et les premières divisions des bronches; au-dessus, la membrane muqueuse pulmonaire était rouge, injectée; le poumon avait une apparence d'hépatisation. Au 12 décembre, succombe encore une autre élève; et chez elle la nécropsie montra une fausse membrane qui tapissait le larynx et se prolongeait en tube continu jusqu'à la seconde division des bronches. Pendant l'hiver de 1828, on eut encore de loin en loin quelques malades, mais légèrement atteintes. Enfin, en avril 1828, la maladie fit encore une victime; la malade, au septième jour du mal, était dans les angoisses d'une suffocation imminente, quand tout-à-coup un bruit dans la poitrine annonça que le poumon venait intérieurement de se déchirer, et ce bruit fut suivi aussitôt de la mort. La nécropsie justifia le fait de la déchirure du poumon; il s'était fait au point correspondant un engorgement emphysémateux : les concrétions n'existaient qu'au larynx; mais à l'orifice de la glotte, elles étaient très-épaisses et formaient un bourrelet qui fermait le canal, en guise de bouchon. — M. Alard, médecin de la maison royale de St.-Denis, et auquel M. Bourgeois avait proposé de joindre son nom à son mémoire, atteste la vérité des faits qui y sont rapportés.

Lésion encéphalique. — M. le docteur Fauconneau-Dufresne communique l'observation suivante avec la pièce pathologique à l'appui. Une femme de 51 ans avait eu, 7 ans auparavant, une attaque d'apoplexie, et par suite une hémiplégie à gauche qui s'était dissipée peu-à-peu. Il y

a trois ans, elle avait commencé à éprouver une contracture du membre inférieur gauche, et, il y a un an, une semblable contracture du membre inférieur droit. De temps à autre, les douleurs dans les membres étaient telles qu'elle poussait des cris. Du reste, nulle lésion de l'intelligence, des sens, et toutes les fonctions organiques se faisaient bien. Une nuit, sans accidens préalables, elle pousse quelques cris et expire. *Autopsie.* — Sérosité abondante sous l'arachnoïde, dans la cavité de cette membrane et dans les ventricules; beaucoup de sang dans les vaisseaux du cerveau; du côté droit, entre les lobes moyens et antérieur, une poche formée par l'arachnoïde extérieure et celle des ventricules, et distendue par un liquide clair; corps strié presque entièrement détruit; couche optique détruite aussi dans sa partie antérieure; le ventricule est agrandi, et dans l'espace d'un pouce et demi son plancher n'est plus formé que par les arachnoïdes ventriculaire et cérébrale adossées l'une à l'autre. Le lobe moyen, le bras droit de la moelle alongée, et toutes les circonvolutions de ce côté sont également d'un moindre volume. La contracture du membre inférieur gauche était si forte, que la cuisse était accollée à l'abdomen, et le talon à la fesse; la cavité cotyloïde avait changé de direction et avait été déjetée en dehors; l'extrémité supérieure du tibia s'était luxée et était venue se placer au-dessus et derrière les condyles du fémur.

Séance du 23 décembre. — Fièvre jaune de Gibraltar. — Lettre de M. Louis, commissaire de l'Académie à Gibraltar, qui annonce, 1.° que les nombreuses observations que la Commission a recueillies en cette ville, lui ont prouvé déjà que la fièvre épidémique qui y règne est bien la fièvre jaune d'Amérique; 2.° que dix ouvertures de cadavres lui ont montré, qu'il n'y a nuls rapports entre la fièvre jaune et les fièvres typhoïdes de nos pays; dans la fièvre jaune en effet, il n'y a aucune lésion des follicules de Peyer, des ganglions mésentériques, et les lésions pathologiques ne peuvent nullement rendre raison de la mort. 3.° Que les recherches que la Commission a faites déjà sur l'origine du mal ne l'ont conduit à rien de satisfaisant, mais lui suffisent pour concevoir combien cette question est difficile à éclairer.

Iode en vapeurs dans la phthisie pulmonaire. — Lettre de M. le docteur Berton, qui annonce que, convaincu du peu d'efficacité contre la phthisie pulmonaire de l'iode employé en frictions, et du danger d'administrer cette substance par les voies digestives, il l'a fait inspirer sous forme de vapeurs. Dans un flacon à deux tubulures, il met de l'acide sulfurique étendu, puis y projette un quart ou un demi-grain par jour d'hydriodate de potasse; aussitôt l'iode se dégage en vapeurs, et il fait respirer ces vapeurs aux malades par l'une des tubulures du flacon; il fait renouveler ces inspirations de quatre à dix fois par jour, et chacune dure de quatre à cinq minutes. D'une part

par des expériences sur des animaux vivans, M. Berton s'est assuré de l'innocuité d'une atmosphère chargée de vapeurs iodurées. D'autre part, trois phthisiques sur lesquels il a essayé ce moyen, non-seulement n'ont eu aucun accident, mais ont paru éprouver quelque amendement. Cependant, comme M. Berton ne se dissimule pas la difficulté de prouver pendant la vie l'existence des tubercules pulmonaires, il n'ose pas affirmer les bons effets des vapeurs iodurées dans cette maladie; mais il croit pouvoir les garantir dans les bronchites chroniques. Il s'appuie du bien-être qu'éprouvent de l'air de la mer certains phthisiques, et rappelle que Laennec a vu des phthisies rester stationnaires par cela seul que les malades avaient été placés dans une salle où l'on avait accumulé des varecks. — M. Louyer Villermay doute de l'utilité du moyen proposé par M. Berton, et particulièrement conteste que l'air de la mer ait jamais été favorable à des phthisiques.

— Renouvellement du bureau pour l'année 1829. M. Kéraudren, vice-président pendant l'année 1828, est élu président, M. Louyer-Villermay, vice-président, et M. Adelon est réélu secrétaire.

Observations diverses. — M. Hamel, au nom d'une Commission, fait un rapport sur un mémoire de M. Lacordaire, médecin à Bussières-les-Belmont, village fort salubre situé à six lieues de Langres (Haute-Marne.) Ce mémoire se compose de diverses observations qu'a recueillies M. Lacordaire pendant dix années de pratique.

M. Patissier, au nom d'une Commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Hérouard, médecin à Fumay (Ardennes), intitulé : *Observations médicales et chirurgicales.*

Séance du 30 décembre. — M. Chomel apprend que M. Louis est malade à Gibraltar de la fièvre jaune; M. le secrétaire est chargé de transmettre à cet honorable collègue les vœux et les sollicitudes de la Compagnie.

Tubercules. — M. Renauldin lit un rapport au nom de la Commission chargée de prononcer sur le mérite respectif des Mémoires envoyés pour le prix à décerner en 1828. La question était la même qu'avait déjà proposée la section en 1824, et sur laquelle elle avait accordé une médaille d'encouragement dans sa séance publique de 1827. (*Voyez* le tome XV *des Archives*, pag. 118 et suivantes.) Elle était ainsi conçue : *Faire l'histoire des tubercules sous le rapport de leur origine, de leur structure dans les organes ou divers tissus d'organes; indiquer par des observations et des expériences si l'on peut s'assurer de leur existence, et s'opposer à leur développement ainsi qu'aux dégénérescences qu'ils éprouvent ou qu'ils peuvent produire.* Deux Mémoires seulement ont été envoyés.

Dans le premier de ces Mémoires, les tubercules sont présentés

comme des tumeurs sphériques ou ovoïdes, d'un volume qui varie depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un œuf de poule, dures, semi-transparentes, et d'un gris perlé dans leur origine, devenant par la suite jaunes, brunes, opaques ou friables; puis se ramollissant et se transformant en une matière purulente, ordinairement blanche et grumeleuse. L'auteur partage l'opinion de M. Dupuy, qui considère les tubercules comme des corps organisés formés d'une trame fine et cellulaire, dans laquelle est déposé un mélange de phosphate et de carbonate de chaux réuni en même proportion que le sont ces deux sels dans les os. Il nie conséquemment qu'ils soient le produit d'une sécrétion, et les attribue à la partie séreuse du sang s'accumulant avec excès dans les vaisseaux et distendant ces vaisseaux. Il nie aussi l'existence des germes auxquels on les a rapportés, et regarde l'inflammation chronique comme la condition morbide qui en détermine l'apparition. Il en place le siége dans le tissu glanduleux, et fait commencer leur ramollissement par le centre. Il en reconnaît de deux espèces, les stéatomateux et les glanduleux; il ne considère pas comme leur appartenant les granulations miliaires, mais regarde ces granulations comme de petits cartilages bronchiques gonflés par l'inflammation; il attribue à l'inflammation chronique des bronches et du poumon la transformation des glandes muqueuses en tubercules, et, par une singulière contradiction, il dit ailleurs que la bronchite est due aux tubercules pulmonaires, et non les tubercules pulmonaires à la bronchite. Se reconnaissant incapable de reconnaître pendant la vie si les tubercules pulmonaires sont stéatomateux ou glanduleux, il admet trois périodes dans la pulmonie; une première, qui est le bourgeonnement ou l'ulcération des bronches; une seconde, qui comprend l'excavation des poumons par suite de la fonte purulente des tubercules; et la troisième, qui conduit au terme fatal. Établissant que le prognostic doit se calculer, moins d'après l'espèce des tubercules que d'après leur siége, leur nombre et leur volume, il cherche cependant à qualifier chaque espèce, en disant qu'un tubercule glanduleux qui suppure est un petit organe qui se détruit, tandis qu'un tubercule stéatomateux qui abcède n'est qu'un corps morbide qui se fond. Il ne croit pas tout-à-fait impossible la cicatrisation des excavations pulmonaires, mais il croit cette cicatrisation très-rare, et plutôt l'œuvre de la nature que celle de l'art. Quant au traitement, il doit être antiphlogistique; l'auteur avance que les saignées capillaires et veineuses favorisent la résolution des tubercules, mais qu'il faut modérer ces saignées à mesure que les symptômes s'exaspèront. Il proscrit les purgatifs, les émétiques, les balsamiques, les eaux minérales ferrugineuses, l'iode à l'intérieur, le chlore en fumigation. Il conseille les vésicatoires et cautères dans la première période et s'il y

a peu de fièvre ; il vante les préparations d'or et de mercure contre les tubercules extérieurs. Enfin, on pourrait, selon lui, essayer l'*aceyte de sal*, liqueur retirée du sel d'Antioque (province de Mariquitz, en Amérique), laquelle est une combinaison de chlore et d'iode que M. Roulin a employée contre le goître. Ce mémoire est enrichi de sept dessins, dont l'un représente les glandes muqueuses de l'estomac et du duodénum disposées naturellement au-dessous de la membrane interne, et dont les six autres offrent les altérations de ces mêmes glandes à la suite d'inflammations chroniques.

Le second mémoire est divisé en six parties. La première a trait à l'origine des tubercules. L'auteur les présente comme une matière inerte, inorganique, produite par sécrétion ; c'est le tissu cellulaire qui en est l'organe sécréteur. Il n'y rattache pas les granulations, mais considère ces granulations comme des pneumonies lobulaires portant sur l'épaisseur des parois vésiculaires. Ces granulations, dans le poumon, sont une forme de la pneumonie chronique, ou une hypertrophie des tuniques des vaisseaux. L'auteur nie ce qu'ont dit Bayle et Laennec du ramollissement spontané et régulier des tubercules du centre à la circonférence ; cela n'arrive ainsi que lorsqu'il existe une agglomération de plusieurs tubercules : ce ramollissement est produit par l'action des parties vivantes circonvoisines. La matière tuberculeuse sécrétée, tantôt est déposée dans une seule maille du tissu cellulaire, sans aucune substance intermédiaire, ce qui fait le *tubercule simple*, tantôt est déposée dans plusieurs mailles à-la-fois, et forme des masses qui contiennent des parties organisées dans leur intérieur, d'où résulte le *tubercule multiple*. Dans la deuxième partie, l'auteur décrit les tubercules dans les différens organes ; il en place le siége dans le tissu cellulaire, nie que la matière tuberculeuse se forme à la surface des membranes muqueuses, existe dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et, par conséquent, il conteste, comme trop générale, cette assertion de M. Andral, que la matière tuberculeuse se forme partout où existe de la matière perspirable. La troisième partie est intitulée : *Lois de développement des tubercules ;* l'auteur, d'après un nombre assez grand de nécropsies d'individus tuberculeux, a reconnu que de 1 an à 15 ans ce sont les tubercules des ganglions bronchiques qui prédominent, tandis que chez les adultes ce sont les tubercules pulmonaires. Le tableau des décès de la ville de Strasbourg, pendant neuf ans, lui a prouvé que l'âge où les tubercules pulmonaires font périr le plus d'individus, est de 21 à 28 ans, puis successivement de 42 à 50, de 35 à 42, de 28 à 35, de 50 à 60, de 14 à 21, de 60 à 70, de 7 à 14, de 1 à 7, de 70 à 80, et, enfin, de 80 à 90. Quant à la différence des sexes, sur 52,857 individus morts de tubercules pulmonaires, il y avait 26,124 hommes, et 26,733 femmes. La quatrième partie est consacrée à l'exposition des causes des

tubercules; les causes occasionnelles sont, selon l'auteur, des congestions actives ou passives; dans huit expériences sur des chiens et des lapins, il a cherché à produire artificiellement des tubercules par une injection de mercure coulant dans les bronches, mais il n'a pas réussi. Les symptômes des tubercules font la matière de la cinquième partie du mémoire; l'auteur y mentionne l'absence de l'hémoptysie chez les enfans. Enfin, la sixième partie est relative au traitement; selon l'auteur, les tubercules guérissent de quatre manières, par l'absorption de la matière des tubercules, par le défaut de leur ramollissement, par leur solidification après le ramollissement, et, enfin, par la cicatrisation des ulcères tuberculeux. Les climats qu'il conseille aux phthisiques sont Hyères, Nice, Pise, Rome, Naples, Palerme, Cadix, la Grèce, l'île de Madère, etc.; il réduit les moyens médicinaux proprement dits à la saignée et aux révulsifs, et proscrit l'aconit, la ciguë, l'iode, comme inutiles, et le mercure et les muriates de chaux, de soude et de baryte comme nuisibles.

La commission reproche aux auteurs des deux mémoires d'avoir présenté sur la question, moins des faits nouveaux, qu'un tableau de ce qui a été dit sur les tubercules dans l'état actuel de la science; elle regrette que l'un et l'autre aient omis l'analyse chimique des tubercules. Elle juge néanmoins le deuxième mémoire fort supérieur au premier, et sur ses conclusions la section arrête, 1.° qu'il n'y a pas encore lieu à décerner le prix cette année; qu'à titre d'encouragement, il sera accordé une médaille du prix de 800 fr. à l'auteur du second mémoire, et une médaille du prix de 200 fr. à l'auteur du premier mémoire. Les cachets qui renferment les noms des concurrens sont aussitôt brisés, et M. le président proclame, comme auteur du mémoire qui a mérité l'encouragement de 800 fr., M. Henry Clermond-Lombard, de Genève, médecin à Paris, et comme auteur du mémoire qui a mérité l'encouragement de 200 fr., M. François Prosper Ravin, médecin à Saint-Valery.

Cornets acoustiques. — M. Itard, au nom d'une commission, lit un rapport sur des cornets acoustiques adressés à l'académie par M. Négrier, médecin à Angers. (Voyez tome XVIII des *Archives*, page 122.) M. Itard remarque d'abord que la physique ne fournit pas au sens de l'ouïe affaibli des secours équivalens à ceux qu'elle fournit au sens de la vue; les cornets acoustiques sont loin d'être, au premier de ces sens, ce que sont les diverses lunettes au second. Il a reconnu ce fait en faisant user de cornets acoustiques les sourds-muets de l'institution royale; depuis long-temps il a prouvé que ces infortunés ne sont pas entièrement sourds; il espérait améliorer leur situation par l'usage des cornets acoustiques, et il a été trompé dans son attente; il a vu que les cornets ne servaient à ces sourds-muets que pour

les sons qu'ils étaient déjà susceptibles d'entendre, mais qu'ils étaient sans utilité pour les autres sons. M. Itard explique ce fait par la remarque que, chez les sourds-muets, l'audition n'est pas seulement plus faible, mais incomplète, c'est-à-dire qu'il y a impossibilité totale à percevoir certains sons. On conçoit, dès-lors, que l'instrument ne peut pas donner à l'oreille une faculté qu'elle n'a pas. Aussi, la plupart des sourds-muets se refusent-ils à s'en servir. Il a reconnu aussi le même fait sur les sourds accidentels, dont les deux tiers ont, comme les sourds-muets de naissance, une audition partielle. Les cornets ne servent donc, selon lui, qu'à faire entendre de plus loin et plus facilement des sons pour lesquels l'oreille a conservé sa puissance de perception. Un tiers des sourds accidentels, à-peu-près, sont en ce cas. M. Itard remarque encore que les avantages dont sont, pour l'audition des sons musicaux et pour celle du bruit, les cornets acoustiques, ne peuvent être aussi grands pour les sons de la parole. Après ces premières considérations, M. Itard expose les effets physiques des cornets acoustiques; ces effets sont de recueillir plus d'ondes sonores que ne le fait la conque auditive, de les renforcer de toutes les vibrations qu'elles excitent dans les parois de l'instrument, et de les transmettre ainsi accumulées et renforcées au méat auditif. Le plus important de ces effets, et celui qu'il est le plus difficile d'approprier à la nature et au degré de la surdité, est le renforcement du son. La matière qui compose l'instrument, et sa forme, ont en ceci une grande influence. Les substances métalliques, en raison de leur élasticité, sont celles qui donnent au son plus d'intensité; par exemple, l'argent, la tôle, le fer blanc battu. La forme la plus favorable est la spiroïde, comme celle de certaines coquilles univalves, surtout si on y conserve le décroissement progressif de la cavité infundibuliforme. Du reste, il faut ménager plus ou moins la résonnance de ces cornets, selon le plus ou moins d'audition qui reste au sens, car il y a toujours opposition entre l'intensité du son et sa netteté. Pour rendre le son moins intense, et, par conséquent, plus net, on a imaginé de placer à l'orifice de ces cornets une cloison membraneuse qui représente celle du tympan. Une forme aussi favorable que la spiroïde est celle qui se compose de trois ou quatre sections d'un tube conique, réunies en faisceau les uns à côté des autres, au moyen de deux ou trois coudes soudés à leurs extrémités. Toutes ces formes à sinuosités multiples produisent un mugissement continu qui, pour certaines surdités profondes, est utile comme excitant la sensibilité de l'organe, mais qui, pour les individus moins sourds, nuit et exige que la résonnance de l'instrument soit affaiblie. On y parvient en donnant moins de longueur au conduit sonifère, en rétrécissant le pavillon, en substituant à la forme enroulée ou en limaçon la forme co-

nique ou demi-circulaire, en employant pour la composition du cornet une matière moins retentissante qu'un métal, du bois, de la corne, de la gomme élastique ; enfin en réduisant le cornet à n'être plus qu'un simple réceptable des ondes sonores, rassemblant ces ondes sans les modifier. C'est un des cornets de ce genre qu'a présenté M. Négrier : il peut se fixer à la tête et se compose de trois parties, un pavillon, un renflement ou tambour, et un conduit sonifère. M. Négrier en a pris l'idée dans l'ouvrage de M. Itard, mais il l'a perfectionnée ; la disposition demi-circulaire du conduit lui donne plus de sonoréité, et la surface plane par laquelle il s'applique aux os du crâne, ainsi que la diminution progressive de son diamètre, depuis le pavillon jusqu'à l'ouverture auriculaire, sont d'heureux perfectionnemens. M Itard cependant relève en eux deux défauts ; le premier est dans l'embouchure du cornet, qui destiné à s'adapter au méat auditif, est formée de trois substances inégalement sonores, et ne peut conséquemment que conduire imparfaitement les sons à l'oreille. Pour y remédier, M. Itard conseille de prolonger jusqu'à son orifice auriculaire le conduit métallique. Le second défaut consiste dans le cordon qui assujettit l'instrument aux tempes. M. Itard conseille de remplacer ce cordon par un ressort demi-circulaire qui embrasserait la voûte du crâne et porterait à ses deux extrémités les deux cornets qu'il s'agit de tenir en plaec. Le rapporteur termine en donnant de grands éloges à l'invention de M. Négrier.

Section de chirurgie. — *Séance du 11 décembre.* — Ligature de la carotide. — M. Kéraudren se plaint, au nom de M. Foulloy, second chirurgien en chef de la marine à Brest, de la manière inexacte avec laquelle le journal *la Clinique* a rendu compte de son opération de ligature de l'artère-carotide primitive (*voir le Numéro précédent des Archives*, p. 539), en insérant dans ses colonnes le résumé de la séance du 27 novembre dernier. Il dépose ensuite sur le bureau deux dessins qui seront joints au mémoire de M. Fouilloy, l'un représentant la malade avant l'opération, et l'autre la même personne après la guérison. M. Moreau répond à la réclamation, que l'Académie n'autorise en aucune façon l'insertion de ses séances dans les journaux, et que par conséquent, elle ne peut être passible des erreurs qui s'y commettent. Cette discussion amène M. Lisfranc à dire quelques mots sur les cas qui nécessitent ou non la ligature de l'artère carotide primitive. Suivant lui, lorsque la maladie affecte des parties molles, on peut quelquefois tenter l'opération sans la faire précéder de la ligature de l'artère ; lorsque, au contraire, la maladie a son siège dans des parties dures, par exemple, certains carcinomes de la mâchoire, il est de la plus haute importance de lier le vaisseau avant de procéder à l'opération.

Taille hypogastrique. — M. Souberbielle annonce la mort de M. Ruffier, auquel il a enlevé trois cents petits calculs par la taille sus-pubienne. Les reins de ce sujet présentaient une friabilité remarquable ; au-dessous du gauche, on trouva un peu d'infiltration purulente ; on en rencontra également dans le tissu cellulaire dont la vessie est environnée, surtout en arrière du pubis. Les membranes de la vessie offraient une épaisseur insolite ; l'interne, qui présentait des teintes variées de brun, de gris, d'ardoisé et de rouge, avait des colonnes analogues à celles qui existent dans les ventricules du cœur, et séparant diverses petites cavités susceptibles de contenir une noisette ; la partie supérieure de l'organe présentait une poche d'une plus grande dimension, et dans laquelle une petite pomme aurait pu être logée.

Taille périnéale. — M. Hervez de Chégoin fait lire une observation de taille par le périnée, qu'il a lui-même pratiquée, il y a treize jours, sur un homme âgé de 61 ans, ayant beaucoup d'embonpoint, et dont la guérison a été entravée par quelques accès de fièvre intermittente qui ont enfin cédé à l'administration du quinquina. Ce chirurgien termine son observation par les réflexions suivantes qu'il ne donne pas comme de nouveaux préceptes, mais comme préceptes toujours bons à rappeler : 1.° Si la présence d'une grande quantité de graisse préserve le péritoine dans la taille hypogastrique, cet avantage est plus que compensé par les tâtonnemens que nécessite le reste de l'opération, et pendant lesquels le tissu cellulaire est souvent décollé, d'où résulte une infiltration urineuse, également à craindre, qu'elle suive la cystotomie sus-pubienne ou qu'elle succède à la taille périnéale ; 2.° cette infiltration d'urine dans le tissu cellulaire peut être regardée comme la cause presque exclusive de la mort ; 3.° en 1826 (février), il a déjà indiqué la raison de la fréquence de cette infiltration, et il a fait voir qu'elle était toujours déterminée dans la cystotomie périnéale, par la lésion de cette aponévrose décrite par M. Carcassonne, et qui constitue la partie inférieure de la cavité pelvienne ; 4.° la péritonite est excessivement rare après l'opération de la taille, et quand cette affection se manifeste, elle est probablement due à une lésion du repli inférieur du péritoine ; 5.° parmi les accidens généraux auxquels peuvent succomber les calculeux, récemment opérés, ceux qui se montrent sous forme intermittente, et que l'on appelle *pernicieux* sont plus communs qu'on ne le croit généralement ; 6.° le volume considérable de la prostate, en permettant de l'inciser largement est une des circonstances qui augmente les chances de succès, quoiqu'elle ait été regardée jusqu'ici comme défavorable à l'opération ; 7.° l'incision du périnée doit être étendue pour seconder l'écoulement du

sang et de l'urine, et prévenir ainsi l'infiltration et la gangrène du scrotum ; chez le sujet dont il vient de donner l'observation, cette incision était de quatre pouces ; 8.° il ouvre toujours le lithotome au même point, quelle que soit la grosseur du calcul, et cela non dans la crainte de léser la vessie, mais seulement dans le but de ménager l'aponévrose pelvienne, et il pense que dans les cas fort nombreux que l'on a recueillis de pierres volumineuses extraites avec succès, et dans lesquels l'ouverture qui avait livré passage à ces corps occupait probablement une portion de l'aponévrose, la réussite doit être attribuée à l'étendue de l'incision extérieure par laquelle l'urine a pu s'écouler sans aucune difficulté.

Ablation du col de l'utérus. — M. Hervez de Chégoin présente ensuite un col d'utérus dont il a pratiqué la résection cinq semaines auparavant. La femme qui fait le sujet de cette observation n'a ressenti qu'une légère douleur à l'instant où cette partie de la vulve a été entraînée par des tractions, mais ensuite elle n'a rien éprouvé lors de la section du col dont elle ne s'est point aperçue. Cette opératioion n'a été suivie d'aucnn accident, et trois jours après, la malade demandait à manger ; aujourd'hui elle est entièrement guérie.

Commotion cérébrale a la suite d'une chute de cheval. — M. Kæmpfer, chirurgien-major du 7.e régiment d'infanterie suisse de la garde, lit un mémoire sur un jeune officier qui, le 1.er décembre, à huit heures du matin, tomba de cheval dans un manège où il prenait une leçon d'équitation ; toute la partie droite du corps, et spécialement la région pariétale de ce côté, frappèrent sur le sol. Une légère syncope et quelques vomituritions eurent lieu aussitôt. Un quart-d'heure après, le jeune homme revenu à lui-même, monta de nouveau à cheval pour dissiper un reste d'étourdissement, et pendant quarante minutes environ, se livra à cet exercice avec régularité : toutefois il s'informait de temps en temps de ce qui lui était arrivé, et disait se trouver comme au sortir d'un rêve. Reconduit chez lui, à pied, M. Kæmpfer fut appelé, et à son arrivée il trouva le malade dans l'état suivant : regard étonné, pupilles se contractant comme dans l'état habituel, sous l'influence de la lumière ; face un peu plus animée qu'elle n'a coutume de l'être, respiration facile, pouls donnant quarante pulsations par minute, parole libre, réponses justes aux questions adressées, marche régulière, sentiment de confusion dans la tête, et d'une légère douleur aux côtes sternales du côté gauche, perte totale de la mémoire de ce qui est arrivé le matin et les jours précédens. (*Boissons légèrement aromatiques, frictions chaudes et sèches sur la région précordiale, pédiluves sinapisés ; repos au lit et la tête élevée.*) A deux heures, le pouls est un peu relevé ; le

jeune homme se rappelle qu'on lui a parlé de la chute qu'il a faite. A quatre heures, pouls plus fréquent, mais pas encore à son rithme naturel ; le malade qui a toujours reconnu son médecin, se souvient de l'avoir déjà vu une fois ; il demande à manger, et on lui accorde un potage. A six heures, pouls naturel ; le malade se souvient d'une blessure qu'il avait au pied quelques jours avant, et il se rappelle également que la veille il est allé à Versailles : mêmes moyens. Le lendemain, après une nuit passée dans un sommeil paisible, le malade se rappelle tout ce qu'il a fait à Versailles, son retour à Paris, etc., mais il ne peut encore se souvenir de ce qui s'est passé le jour de sa chute, avant et après cet accident.

Peu-à-peu les fonctions intellectuelles ont recouvré leur intégrité. Ce cas a présenté cette particularité que les actions les plus rapprochées du moment de la chute ont été celles dont le souvenir s'est perdu, et que le degré de cette perte de la mémoire s'est montré, comme son retour, en raison inverse du temps écoulé entre les époques des actions et celle de l'accident. Un autre phénomène non moins digne de remarque, c'est la coloration de la face pendant le ralentissement si prononcé de l'action du cœur. M. Kæmpfer attribue la première de ces deux particularités à la commotion du cerveau, et la seconde à la diminution extrême de l'innervation sur l'organe central de la circulation, et c'est cette dernière considération qui l'a engagé à s'abstenir de toute émission sanguine, à mettre en usage des excitans légers et des révulsifs, et à permettre l'ingestion d'une petite quantité d'alimens.

Lipome. — M. Lisfranc rapporte l'observation d'une négresse qui portait un lipôme volumineux au-dessus de la clavicule. Cette tumeur, qui envoyait des prolongemens sous l'os indiqué, fut extirpée, et, pendant l'opération, la veine jugulaire externe qui occupait toute l'étendue verticale du lipôme fut disséquée et ménagée ; on mit également à nu l'artère et la veine sous-clavières, et enfin la plèvre qui se montrait dans la profondeur de la plaie.

Luxation de l'humérus. — M. Lisfranc a observé, dans la maison de santé de la rue Valois-Monceaux, une luxation en avant de l'humérus sur l'omoplate, qui existait depuis cinq mois, et il en a tenté la réduction avec le plus grand succès. Des tractions d'abord très-lentes, puis graduelles, furent exercées pendant une heure pour placer la tête de l'os au-dessous de la cavité glénoïde ; les manœuvres ordinaires pour faire rentrer l'extrémité de l'humérus dans cette cavité furent alors employées, mais infructueusement, et il fallut que l'extension fût exercée par dix aides sur le bras qui resta maintenu dans une position presque parallèle à l'axe du corps. Pendant ce temps,

M. Lisfranc, aidé d'un confrère, pressa fortement de bas en haut la tête de l'os, et obtint ainsi la réduction. Cette opération a eu lieu il y a un mois, et depuis cette époque, le malade, qui n'a éprouvé aucun accident, peut se servir de son bras presque dans tous les sens.

EXTRACTION D'UNE CULASSE DE FUSIL PLACÉE DANS LA FOSSE ZYGOMATIQUE. — Un jeune homme, âgé de 20 ans environ, chassait il y a deux ans, lorsque son fusil éclata dans sa main, et la culasse de cette arme vint avec la vis se loger dans la fosse zygomatique droite. Ce jeune homme porte à la partie inférieure de l'orbite de ce côté une cicatrice peu sensible, mais qui parait être la trace de la plaie par laquelle ces corps étrangers se sont introduits. Il ne pouvait ouvrir la bouche, et on avait peine à entendre ce qu'il disait : les médecins de son pays n'ayant pas voulu l'opérer, il vint trouver M. Lisfranc pour le prier de le délivrer de la gêne extrême qu'il éprouvait. Les deux joues présentaient à peu-près le même volume. En portant un doigt dans la cavité buccale, on sentait distinctement une tige métallique mobile, placée horizontalement, et de laquelle semblait sortir un prolongement vertical dont la longueur et la hauteur ne pouvaient être appréciées au juste. Le malade ayant été placé sur une table, le chirurgien, armé d'un bistouri, a pratiqué, à la commissure droite de la lèvre inférieure, une incision qui, divisant toute l'épaisseur de la joue, fut prolongée jusqu'à la partie moyenne du muscle masséter, immédiatement au-dessous du canal de Sténon. Il fit ensuite une nouvelle incision qui, partant du milieu du bord libre de la lèvre supérieure, vint, en longeant la partie externe de l'aile du nez, se terminer à la cicatrice dont il a été question plus haut. Il en résulta un large lambeau triangulaire qui fut disséqué par la partie inférieure et renversé du côté de l'oreille; alors M. Lisfranc apercevant la vis de culasse, la saisit avec de fortes *pinces d'orfèvre à filer l'or*, commença par l'ébranler, et, après de fortes tractions, parvint à l'arracher. Il enleva ensuite un petit morceau d'os qui avait été détaché par ce corps lors de son introduction. Il met sous les yeux de l'Académie ce corps étranger qui était logé entre la face interne de la branche de la mâchoire inférieure, l'apophyse zygomatique, l'os de la pommette et la face externe et postérieure de l'os maxillaire supérieur, sur lequel existait une dépression considérable et quelques points de nécrose. Un seul vaisseau eut besoin d'être lié pendant cette opération. Le malade est tout-à-fait rétabli maintenant. M. Lisfranc dépose le corps étranger sur le bureau.

— M. Eugène Legallois adresse à la section un *Mémoire sur les résorptions purulentes*; nous en rendrons compte lors du rapport qui en sera fait. MM. Murat, Ribes et Gimelle, ont été nommés commissaires.

Séance du 8 décembre. — La Section reçoit une réclamation de M. Liégard, médecin à Caen, au sujet d'un mémoire qu'il a adressé depuis long-temps, et sur lequel il n'a pas encore été fait de rapport.

Elle entend ensuite la lecture d'un nouveau mémoire de ce praticien, intitulé : *Considérations relatives à quelques cas de hernies inguinales entérocèles étranglées.* Nous en rendrons compte lors du rapport qui en sera fait. MM. Ribes et Baffos, commissaires.

L'ordre du jour amenant le renouvellement du bureau, on procède à l'élection d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire pour l'année 1829; et le dépouillement successif des trois tours de scrutin donne pour la composition du nouveau bureau : MM. Antoine Dubois, président; Ribes, vice-président; et Moreau, secrétaire.

SECTION DE PHARMACIE. — *Séance du 13 décembre.* — GOUT DE FUT DES EAUX-DE-VIE. — M. Sérullas, à l'occasion de la note de M. Pommier, relative à la manière d'enlever au vin son goût de fut, par le moyen de son mélange avec l'huile d'olive, fait connaître que, dans le département de la Moselle et l'ancienne Lorraine, on enlève ce goût aux eaux-de-vie de pommes de terre en les rectifiant sur de l'huile d'amandes douces, qui s'empare de la presque totalité du principe odorant si désagréable que contient cet alcohol.

CONSERVATION DES SANGSUES. — M. Magnes Lahens, pharmacien à Toulouse, adresse à la section un mémoire sur un moyen de guérir les sangsues atteintes de cette maladie qui les fait périr en si grand nombre dans le cours de l'été, et qui consiste dans la sécrétion d'une quantité considérable de mucosités qui se concrètent sur leur peau. Ce pharmacien a reconnu que, dans ce cas, ces annélides étaient promptement rendus à la santé par l'addition, dans l'eau où on les conserve, d'une petite dose d'hydro-sulfure de potasse ou de soude. Suivant lui, c'est à l'existence de l'hydro-sulfure dans la vase des marais que les sangsues qui y habitent doivent leur état naturel et sain. Il suffit donc de les placer dans des circonstances pareilles pour les conserver, et dans les expériences tentées par M. Magnes, le résultat s'est trouvé d'accord avec le raisonnement. MM. Pelletier et Boudet sont priés de répéter ces essais.

FALSIFICATION DU SÉNÉ PAR LES FEUILLES DE REDOUL ET LE GRABEAU DE SÉNÉ. — MM. Chéreau et Guibourt font un rapport demandé par le ministre de l'intérieur sur un mémoire de M. Fée, concernant ce genre de fraude. Les rapporteurs s'étant livrés à quelques considérations relatives à la législation qui régit le commerce de la droguerie, une discussion s'élève à ce sujet, et enfin MM. les commissaires sont invités à présenter dans la prochaine séance la partie scientifique de leur rapport séparée de leurs considérations administratives.

Cholestérine dans l'huile de jaune d'œufs. — Rapport de MM. Boullay et Boutron sur la note de M. Lecanu. (Voyez le numéro précédent des *Archives*, page 603.) Ces Messieurs, en donnant à la découverte de M. Lecanu les éloges qu'elle mérite, font remarquer que déjà, dans le premier volume du *Journal de pharmacie*, M. Planche avait signalé l'existence d'une matière cristalline semblable dans l'huile de jaunes d'œufs; seulement, ce dernier chimiste ne l'a pas isolée pour procéder ensuite à son analyse. Cette découverte vient à l'appui de la grande analogie que M. Chevreul avait cru reconnaître antérieurement entre le jaune d'œuf et la bile. L'auteur est engagé à se livrer à des recherches comparatives, particulièrement sur l'huile des œufs des poissons.

Graines d'abrus precatorius. — M. Bonastre présente à la section des semences de l'*abrus precatorius* trouvées en Egypte dans un collier que portait une momie de femme. Ces graines, bien conservées, mais devenues toutes noires, étaient entremêlées avec de petits coquillages univalves, appartenant au genre *ancilla* de Lamarck, et voisins de l'espèce *ventricosa* qui habite la mer rouge. L'*abrus precatorius* n'est donc pas originaire du nouveau monde : il est assez remarquable que ses semences aient toujours été mises en usage, dans des siècles et des contrées si éloignés les uns des autres, pour servir à la confection des colliers et à la parure des femmes.

VARIÉTÉS.

Prix proposé par la Société de Médecine de Metz.

La Société met au concours pour 1829, la question suivante :

1.° *Est-il des cas où la mort puisse survenir sans lésion organique appréciable ?*

2.° *Dans le cas de l'affirmative, constater par des observations ou des expériences la possibilité de ce genre de mort.*

3.° *Présenter une explication qui puisse éclairer les médecins sur le mode d'action de la cause.*

La Société désire que dans la solution de cette question les concurrens s'efforcent de faire ressortir les conséquences qu'on peut en déduire pour la médecine-légale.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Les mémoires devront être adressés dans les formes académiques,

à M. Chaumas, secrétaire de la Société, pour le 1.er septembre 1829 ; passé ce terme ils ne seront plus admis pour le concours.

Indépendamment de la question mise au concours, la Société récompensera par une médaille d'encouragement ou par le titre d'associé-correspondant, l'auteur d'une bonne topographie d'un des cantons du département, ainsi que les médecins qui lui adresseront des observations ou des mémoires inédits.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis de nosologie et de thérapeutique; par J. B. G. Barbier. *Tomes I-II. Paris, Méquignon-Marvis*, 1827-1828. *In-8.° 2 vol. de IV-667 et 647 pp.*

Chargé du service médical d'un grand hôpital, M. Barbier avait recueilli, dès-long-temps, les matériaux de l'ouvrage qu'il publie. Il avait promis de fournir au Dictionnaire des Sciences Médicales l'article *Thérapeutique*. Son intention était d'y présenter un exposé des attentions, des secours, des privations que chaque espèce de maladie réclame dans son traitement. Il ne tarda pas à reconnaître que la thérapeutique n'est qu'une suite, qu'une application de la pathologie, et l'immensité de la tâche qu'il s'était imposée l'obligea à renvoyer à un autre temps l'espoir de s'en acquitter. L'état des esprits, à cette époque, en augmentait d'ailleurs beaucoup les difficultés. « Un homme, dont le nom tiendra une grande place dans l'histoire de la médecine, un observateur profond et heureux, puisant dans les travaux des amphithéâtres, une hardiesse, une force irrésistible, venait de porter les plus violentes attaques à l'édifice nosographique. Des parties tout entières étaient renversées, d'autres étaient menacées; il ne restait rien de solide : les fondemens mêmes étaient ébranlés. Les fièvres étaient tombées du rang de maladies essentielles qu'elles occupaient depuis long-temps. Un grand nombre d'affections, auxquelles on accordait une existence spéciale, n'étaient plus regardées que comme des symptômes, etc. Mais il sortait de ces débris un grand principe auquel tout le monde se ralliait, c'est que les maladies étaient toujours produites par des lésions des organes; c'est qu'il fallait, dans l'étude de la pathologie, s'attacher d'abord à ces altérations organiques, rechercher leur siége, déterminer leur nature, leur caractère. » M. Barbier est bien pénétré de ce principe; trop pénétré

peut-être, car, quoiqu'il soit bien loin de notre pensée de vouloir en contester la solidité, il nous semble que c'est en pousser trop loin les conséquences, de prétendre que la médecine est toute entière dans la connaissance des altérations organiques : or, c'est là l'opinion de M. Barbier. « J'avoue, dit-il, qu'à mes yeux, l'étude, la connaissance des lésions pathogénèses constituent toute la médecine, la société a le droit d'exiger que le médecin qui traite une maladie connaisse toujours les altérations organiques qui la produisent......... Si les lésions pathogénèses qui entretiennent un état de maladie restent occultes pour le médecin, s'il ne parvient pas à les découvrir, à pénétrer leur caractère, il est dans une profonde obscurité. Son traitement n'a point de base solide, il est vacillant, souvent dangereux. La société a le droit d'exiger plus de la médecine. »

L'art de guérir, il faut l'avouer, est souvent loin de pouvoir répondre à de telles exigences. Mais ce serait méconnaître ses véritables limites que de prétendre le renfermer dans celles de l'anatomie pathologique. M. Barbier s'est donc fait illusion s'il a cru trouver, dans cette dernière science, les bases d'une classification nosologique complète. Il serait à désirer, assurément, que la chose fût possible; l'application des méthodes de classification aux objets de nos études en serait moins impraticable. Les lésions organiques, en effet, se rapprochent assez, sous quelques rapports, des êtres naturels, quoiqu'elles n'aient ni des caractères aussi distinctifs, ni une fixité comparable, ni une durée assujettie à des lois invariables. Mais il faut bien se résoudre à suivre une autre méthode à l'égard des maladies qui ne laissent après elles aucune lésion appréciable. Les apparences extérieures qu'elles présentent, leurs symptômes et les modifications qu'elles éprouvent du traitement qu'on leur oppose, sont évidemment les seuls caractères par où une classification puisse les saisir. Où placer, en effet, dans un cadre anatomico-pathologique l'hystérie, la rage, l'hypochondrie, la chorée, les fièvres intermittentes et tant d'autres maladies qu'on ne peut, jusqu'à présent, rapporter que par hypothèse à une lésion connue de quelque organe particulier? Eh! qu'on ne s'y trompe point d'ailleurs, la classification des lésions organiques les plus fréquentes et les mieux étudiées n'est point exempte elle-même de nombreuses difficultés. Chacune d'elles se présente rarement isolée de toute autre, et l'analyse en est souvent impossible. M. Barbier l'a bien éprouvé. Pour que sa méthode de classification fût praticable, il faudrait qu'on connût toutes les modifications anormales dont la matière organisée est susceptible; il faudrait que l'on sût quelles sont, parmi toutes ces lésions, celles qui constituent des espèces particulières, toujours les mêmes, et toujours marquées par des caractères reconnaissables. L'anatomie pathologique est-elle arri-

vée à ce degré de perfection? Nous ne voulons d'autre preuve du contraire que la classification même de M. Barbier. Elle est comprise dans le tableau suivant :

A. Altération de la figure de l'organe.....	Cacomorphies. Plaies. Contusions.
B. Altération du volume de l'organe.....	Oligotrophies. Hypertrophies.
C. Altération de la substance organique...	Malaxies. Sclériasies.
D. Exagération de la vitalité de l'organe..	Irritations. Phlogoses.
E. Formation d'une humeur morbide.....	Ulcérations. Abcès.
F. Perte de la vitalité avec altération de la substance organique..................	Gangrènes.
G. Fluides en surabondance dans une partie du corps............................	Congestions sanguines. OEdèmes.
H. Fluides épanchés amassés dans les tissus des organes ou dans les cavités du corps...	Hémathroses. Hydrathroses. Pneumathroses.
I. Produits parasites dans les tissus vivans.	Cancers. Squirrhes. Tubercules.
J. Des tissus se changent en d'autres tissus..................................	Transformations.
K. Concrétions qui se forment dans des humeurs sécrétées	Lithiasis.
L. Matière déposée dans les tissus organiques..................................	Mélanoses.
M. Animaux parasites..................	— Entozoaires.
N. Point de lésions organiques............	— Asphyxies.

Que le lecteur décide si tous ces genres constituent autant de lésions essentiellement différentes, et si les combinaisons diverses des symptômes qui sont propres à chacun d'eux pourraient former le tableau complet des maladies qui attaquent l'espèce humaine. En tout cas, la méthode nosologique de M. Barbier resterait toujours entachée d'un vice capital, et si l'on peut ainsi parler, anti-logique; car ce n'est que par une fausse apparence qu'elle semble procéder du simple au composé : elle part, en réalité, d'un point souvent le plus obscur, toujours le dernier connu, et quelquefois purement hypothétique de l'histoire des maladies, pour revenir delà à l'exposition de leurs caractères extérieurs, qui sont, dans tous les cas, la seule chose qu'on en puisse connaître de prime abord, et sans trop de difficultés.

Nous aurions bien quelques reproches à adresser à M. Barbier pour l'étendue qu'il a donnée aux généralités un peu vagues par lesquelles s'ouvre son premier volume, mais nous voulons nous hâter de mettre fin à des critiques que nous n'adressons qu'à regret à un auteur dont nous estimons infiniment le talent. Ce serait avec plus de plaisir que nous signalerions ce que la *nosologie* renferme d'intéressant et de neuf; mais il faudrait parcourir l'ouvrage tout entier, car il n'est point de chapitre qui ne contienne des observations curieuses et propres à l'auteur, ou qui ne présente des résultats pratiques importans. Dans l'impossibilité de nous livrer à un pareil examen, nous recommanderons du moins à l'attention de nos lecteurs les articles consacrés à l'histoire des irritations et des phlogoses, qui remplissent plus d'un volume, et nous terminerons par un éloge qu'on n'a que rarement occasion d'appliquer, malgré le nombre de livres que chaque jour voit paraître, c'est que le *précis de nosologie* est une œuvre originale, et non une compilation.

Aperçus théoriques et pratiques sur les causes, la nature et le traitement de l'hydrocéphale aiguë, maladie particulière au premier âge, précédés de quelques vues générales sur l'éducation morale des enfans; par F. M. Ph. Levrat *aîné, D. M., méd. tit. de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc., etc. Lyon,* 1828. *In-8.°* 154 *pp.*

Cet opuscule contient une exposition assez complète, mais un peu diffuse, de ce qu'on sait sur l'hydrocéphale aiguë. Si M. Levrat n'a eu d'autre prétention que d'offrir aux élèves un guide qui les dirige dans l'étude de cette affection, son but est à-peu-près rempli. Parmi le petit nombre de choses propres à l'auteur que nous avons remarquées, nous indiquerons un moyen révulsif qu'il peut être utile de faire connaître. « Nous remplaçons assez fréquemment dans notre pratique, le bain de pieds par le coton cardé recouvert de taffetas ciré. Ce moyen, d'un usage facile, n'a rien d'incommode, et peut s'appliquer sur toute la longueur des membres abdominaux. Les bons effets que nous en avons obtenus dans l'hydrocéphale aiguë, nous l'ont fait employer dans toutes les congestions de la tête, dans les fièvrss ataxiques marquées par une chaleur mordicante et sèche de la peau; dans ce cas nous faisons envelopper le malade de coton cardé et de taffetas ciré : la peau s'irrite et une transpiration chaude et abondante amène presque toujours un mieux qu'on ne peut expliquer que par l'action irritante du coton et l'interruption de l'air par

le taffetas ciré. Il faut avoir soin de changer le coton toutes les trois heures. »

Traité théorique et pratique des maladies des yeux ; par M. le docteur WELLER, *médecin-oculiste de la ville de Dresde. Traduit de l'allemand sur la troisième édition , par* F. J. RIESTER, *augmenté de notes par* L. JALLAT, *docteur en médecine. Chez Villeret et comp.*^e *Paris*, 1828. 396-320 *pp.*

L'Allemagne est un des pays où l'on se soit occupé avec le plus de fruit des maladies des yeux, surtout depuis un demi-siècle, date d'établissemens consacrés à ces maladies. Les chirurgiens allemands ont pu les observer en grand nombre à-la-fois, les comparer entre elles, et acquérir sur cet objet des connaissances aussi variées qu'étendues. Cependant, on ne connaît guère en France leurs travaux que par quelques citations éparses dans leurs traités de pathologie ou dans les ophthalmographies, et nous manquions d'un ouvrage qui représentât l'ensemble de la doctrine d'outre-Rhin relative aux affections de l'organe de la vue.

M. Jallat s'est proposé de remplir cette lacune en traduisant dans notre langue l'ouvrage du docteur Weller.

Le peu d'espace qui nous est accordé nous force à nous borner à un jugement général sur cette production; nous allons donc chercher à le porter, en regrettant de ne pouvoir nous livrer à une analyse détaillée de l'ouvrage, ou de ne pouvoir appuyer notre jugement par des citations. Dans les livres publiés en France, nous sommes habitués à trouver les idées appartenant à une même série ou à un même point de vue groupées ensemble et exposées dans un ordre tel, que celle qui précède prépare celle qui la suit, qu'elles sont liées entre elles, et que celles qui sont émises les dernières servent de complément ou de développement aux autres : toute exposition qui n'est pas conforme à ce plan nous paraît décousue; pour nous, c'est dans l'entente de cet arrangement que consiste le talent de *faire un livre*, talent que les Français possèdent éminemment, ou qui du moins est plus commun chez eux que chez les autres nations.

Quand on lit un livre étranger dans le texte même, on est moins frappé du désordre qui y règne, que quand on l'a fait passer dans notre langue, parce qu'un livre écrit en français, et dans lequel on ne trouve point de méthode, est en quelque sorte une anomalie. De là, peut-être, dérive une des causes du peu de succès qu'ont chez nous les traductions : on y tient beaucoup, et peut-être beaucoup trop, à la forme. Mais cette cause n'est pas la seule ; l'extrême simplicité à la-

quelle nous avons réduit la thérapeutique n'a pas été adoptée par nos voisins, et les doctrines qui règnent chez nous sont loin d'être généralement admises chez eux. Il faut donc, pour juger un livre scientifique exotique, ne point considérer sa forme, et mettre de côté les préventions de doctrine et de pratique. C'est avec ces dispositions qu'il faut juger l'ouvrage de M. Weller. On y trouvera beaucoup de formules; on y trouvera peu d'ordre et de l'ontologie : c'est ainsi, par exemple, que l'auteur attache tant d'importance à la distinction à établir entre l'ophthalmie simple et l'ophthalmie spécifique, qu'il établit d'abord cette différence dans son introduction; qu'il traite de l'ophthalmie simple en général dans son premier chapitre; et que l'histoire de l'ophthalmie spécifique est rejetée à la fin du second volume. Nous devons dire toutefois que des notes courtes et substantielles du traducteur mettent souvent en opposition les doctrines adoptées en France avec celles de l'auteur allemand; malheureusement ces notes sont un peu trop rares. Mais à côté de ces défauts, l'ouvrage de M. Weller présente des qualités de premier ordre qui les rachètent. Tout ce qui tient à la description des maladies, à leurs signes, à leurs variétés, à leurs formes si diverses et si nombreuses, y est traité avec une grande exactitude, et sous ce rapport, c'est-à-dire sous le rapport nosologique et diagnostique, il ne laisse rien à désirer. M. Weller ne se montre pas seulement bon nosographe, il se montre encore écrivain érudit : des citations nombreuses de noms rapportent à chacun ce qui lui appartient; et l'on trouve en tête de l'ouvrage une bibliographie ophthalmologique, c'est-à-dire un catalogue des traités, soit généraux, soit spéciaux, qui ont pour objet les maladies des yeux. On trouve aussi un appendice contenant les règles à suivre dans l'application des différens moyens thérapeutiques applicables à l'œil malade, tels que : caustiques, collyres, bains d'yeux, lunettes, etc. Enfin, on trouve à la fin de l'ouvrage un mémoire contenant une nouvelle méthode du docteur Neuner, de Darmstadt, pour produire artificiellement l'opacité du cristallin sur les cadavres, afin de faciliter l'étude du manuel de l'opération de la cataracte, et la description d'un manuel ophthalmophantôme de l'invention du docteur Alb Sachs.

Des lithographies coloriées dues au crayon de M. Vincent, et des gravures représentent fidèlement les maladies des yeux les plus importantes, et les principaux instrumens. Cet exposé suffit pour faire connaître que non-seulement les élèves, mais encore les praticiens, pourront lire avec fruit l'ouvrage du docteur Weller.

H. Sanson.

Recueil des OEuvres posthumes de M. Bidault de Villiers, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc. Un gros vol. in-8° Prix, 7 fr., et 8 fr. 75 cent. franc de port, par la poste. Paris, 1828. Chez Veret, libraire.*

Ce recueil, dont plusieurs parties ont été insérées par l'auteur dans divers journaux de médecine, se compose d'articles originaux et de traductions. Bidault de Villiers eut l'heureuse idée de faire passer dans notre littérature médicale les meilleures productions des médecins étrangers, en les enrichissant de notes et d'additions intéressantes, et il est à regretter qu'une mort prématurée soit venue l'enlever si promptement à la science, que ses utiles travaux avaient constamment pour objet. Le grand nombre de sujets qu'il a traités, et que l'on a réunis dans ce volume, ne comportant aucune espèce d'analyse, nous nous bornerons à en donner les titres : 1.° Topographie médicale de l'île Minorque ; 2.° Remarques et observations pour servir à l'histoire des phlegmasies gangréneuses ; 3.° Recueil de pièces relatives à la pustule maligne ; 4.° Consultation médico-légale relative à la pustule maligne ; 5.° Observations adressées à M. Guyton de Morveau sur les moyens de désinfecter l'air ; 6.° Observations sur l'hydrocéphale interne, traduites de l'anglais de Williams Watson, M. D. F. R. S. ; 7.° Appendice du mémoire précédent, par le même ; 8.° Observations pratiques sur les causes et le traitement de l'hydrocéphale, traduites de l'anglais de Thomas Percival ; 9.° Traité de la fièvre simple, traduit de l'anglais de Georges Fordyce ; 10.° Dissertation sur l'histoire et la méthode de traitement de la fièvre intermittente tierce régulière, par le même ; 11.° Réflexions sur la récidive de la rougeole ; 12.° Remarques et observations sur la léthalité de la morsure de la vipère chez l'homme.

Ce simple énoncé suffira assurément pour faire connaître tout l'intérêt que mérite le recueil des œuvres posthumes d'un homme qui marqua son entrée dans la carrière médicale par une thèse fort estimée, et qui forme encore ce que nous possédons de plus complet sur les propriétés et l'emploi thérapeutique de la *digitale pourprée.*

C. L.

Traité de médecine-pratique de J. P. Frank, *continué par le traducteur* J. M. C. Goudareau. *Tome sixième et dernier. A Montpellier, chez Sevalle, 1828, in-8.° 392 pp.*

J. P. Frank se proposait de mettre fin à son *Epitome de curandis hominum morbis*, en publiant l'histoire des névroses, quand la mort

l'enleva, en 1821, à la science qu'il avait cultivée avec tant de gloire. Son travail s'étant trouvé trop peu avancé pour être livré à l'impression, M. Goudareau, pour ne pas laisser inachevé l'ouvrage qu'il avait fait passer dans notre langue, a entrepris de traiter, dans un volume de sa façon, de toutes les maladies dont l'histoire manquait dans les précédens. On ne l'accusera point de présomption, comme il paraît le craindre dans sa préface; mais, tout en applaudissant à son entreprise, on lui reprochera peut-être de n'avoir pas fait tous les efforts qui dépendaient de lui pour continuer avec honneur l'œuvre d'un grand praticien et d'un homme d'un talent supérieur. Quoique l'ouvrage de M. Goudareau dût être en quelque manière assorti à celui dont il devenait une partie, il n'était point nécessaire de lui donner, comme à celui de Frank, les caractères d'une production de la fin du dernier siècle. On sera d'autant plus disposé à en blâmer l'auteur, qu'il a montré dans plusieurs chapitres qu'il n'eût dépendu que de lui de nous présenter partout les découvertes de notre époque et les résultats des travaux les plus modernes. Peut-être aussi ne convenait-il point d'imiter Frank dans le système qu'il s'était fait de ne citer jamais personne. Ce n'est point par là assurément que se recommande l'*Epitome*: on peut même dire que ce défaut enlèverait toute autorité aux propositions générales ou résultats pratiques qui s'y trouvent, si l'auteur n'avait vieilli dans l'exercice de l'art de guérir, et si l'on n'avait la certitude qu'il a pu voir par lui-même presque tout ce dont il avait à parler. Enfin, on pourra demander à M. Goudareau pourquoi, avec un désir aussi prononcé de continuer l'ouvrage de Frank comme aurait pu le faire ce dernier, il a négligé de puiser la doctrine de cet auteur sur les névroses, dans l'extrait de ses leçons qui fut publié à Vienne en 1805 par Jos. Eyerel (1). Quoi qu'il en soit de ces divers reproches, nous ne doutons pas que les possesseurs de la *Médecine-pratique* de Frank ne se procurent avec plaisir et ne lisent avec fruit le volume qui la termine.

Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement; suivies d'un mémoire sur l'intro-pelvimetre; par madame veuve Boivin. *Chez Baillière. Paris*, 1828.

1.° La plupart des accoucheurs ne parlent presque jamais que des causes occasionnelles de l'avortement, qu'ils attribuent tantôt à un coup, à une secousse, une commotion morale, à de simples pandiculations, tantôt à quelque irrégularité dans le régime, ou aux accidens les plus légers; le plus souvent ils ne tiennent aucun compte des causes prédisposantes, et pourtant, ce sont en général les plus importantes. En effet, M. Desormeaux, M. Dugès et Mme Lachapelle ont fait voir, et l'observation prouve chaque jour, que la fausse couche est ordinairement précédée d'un état fébrile, d'un ensemble de phénomènes morbides qui annoncent qu'un travail particulier se prépare dans les organes sexuels; d'un autre côté, j'ai acquis la certitude que l'avortement est le plus souvent produit par l'altération de quelques-unes des parties de l'œuf, qui sans cela ne serait point expulsé malgré l'action des causes déterminantes les plus actives. M. Delpech, M. Desormeaux, etc., ont dit en outre, que les maladies de tout genre des organes génitaux devaient être rangées parmi les causes de l'avortement; mais personne n'avait essayé de fixer l'attention, d'une manière spéciale, sur ce dernier point de pratique, et c'est dans le but de combler une pareille lacune que Mme Boivin publie le mémoire que nous annonçons.

Dans son travail, l'auteur ne s'est point borné, comme le titre semblerait l'indiquer, à faire ressortir l'influence des vices de conformation, des déviations, et des maladies des organes sexuels de la femme sur la production des fausses couches; elle a donné, avec tous les détails nécessaires, vingt-cinq observations d'affection des ovaires, des trompes, de la matrice et des parties environnantes, observations qui l'ont conduite à conclure, 1.° que l'avortement est fort souvent le résultat d'une lésion des annexes de l'utérus, et que ces lésions se rencontrent plus fréquemment qu'on ne pense chez les jeunes sujets; 2.° qu'à leur tour, ces altérations doivent être rapportées à quelqu'irritation, quelque phlegmasie chronique, à la formation de tissus accidentels qui finissent par amener une inflammation aiguë, ou bien à la négligence des préceptes de l'hygiène; 3.° que leurs germes se décèlent chez les jeunes filles faibles, lymphatiques, scrofuleuses, celles surtout qui, dans leur enfance, ont été sujettes aux inflammations, aux engorgemens des viscères abdominaux; ou qui ont été long-temps tourmentées d'une constipation ou d'une diarrhée habituelle, celles enfin qui ont la *scléro-*

tique bleuâtre et les *paupières garnies de longs poils* ; 4.° que chez ces dernières la menstruation est prématurée ou s'établit difficilement, est irrégulière, trop ou trop peu abondante ; 5.° que les flueurs blanches qui peuvent être causes des maladies des annexes utérins, en sont aussi très-souvent l'effet ; 6.° que le toucher, seul moyen de reconnaître sûrement ces altérations, doit être pratiqué avec le plus grand soin, de manière à voir si l'utérus jouit de toute sa mobilité ; attendu que s'il est retenu dans un état de fixité *plus ou moins grande*, la conception sera presque nécessairement suivie de l'avortement ; 7.° que les adhérences de la matrice, ou de ses annexes, avec les parties voisines, s'opposent à l'ascension de l'utérus, qui franchit rarement alors le détroit supérieur ; 8.° que le mariage, prescrit comme moyen de régulariser les menstrues, produit souvent un effet contraire ; attendu que l'acte conjugal provoque le développement de la maladie ou l'aggrave ; 9.° quo s'il n'y a qu'une trompe ou qu'un ovaire d'affecté, l'utérus peut se développer encore jusqu'à un certain degré et quelquefois même jusqu'au terme naturel de la grossesse ; mais que si les adhérences sont plus fortes ou plus nombreuses, la fausse couche est presqu'inévitable, et se complique même, pour l'ordinaire, d'accidens graves, tels que l'hémorrhagie, la métrite, la péritonite, l'ulcération ou la gangrène des parties affectées, ou même la mort. D'autres conclusions sont encore tirées de ces observations par Mme Boivin ; mais il faudrait de trop longs détails pour les exposer ici, et le lecteur ne pourrait réellement en tirer profit sans recourir au mémoire lui-même.

2.° Le second mémoire que renferme le travail de Mme Boivin, est relatif à la pelvimétrie, et contient la description d'un nouvel instrument appelé *intro-pelvimètre*, par l'auteur. Ce nouveau pelvimètre, composé de deux branches, une *rectale*, l'autre *vaginale*, est disposé de telle sorte qu'on peut l'appliquer chez les femmes vierges, comme chez celles qui sont enceintes, pendant le travail comme dans l'état de vacuité, le transformer même en compas d'épaisseur ou en céphalomètres, à l'aide d'un mécanisme particulier, d'ailleurs extrêmement simple, mais qu'il serait difficile de faire comprendre à l'aide d'une description sans gravure. Je suis loin de croire que l'*intro-pelvimètre* ou mieux le *pelvimètre* tout simplement, soit susceptible de donner des résultats aussi rigoureusement exacts que semble le penser son inventeur ; mais je le regarde comme infiniment meilleur que celui de Coutouly, que tous ceux qui ont été imaginés jusqu'ici, et comme un instrument qui ne tardera pas à être généralement adopté ; en cela, au surplus, je ne fais que partager

l'opinion de la Société de médecine de Bordeaux, qui a honoré d'une couronne le mémoire sur l'*intro-pelvimètre* de Mme Boivin.

Au total, ce nouvel ouvrage de la savante sage-femme est essentiellement pratique, plein d'intérêt, et sera consulté avec fruit par tous les médecins qui se livrent à la pratique des accouchemens ou à l'étude des maladies des femmes. (V.)

De la constitution du corps des médecins et de l'enseignement médical; des réformes qu'elle devrait subir dans l'intérêt de la science et de la morale publique; examen des questions adressées à cet effet par S. Exc. le Ministre de l'intérieur à l'Académie royale de Médecine, par U. Trelat. *Paris, Villeret et comp.* 1828. *In*-8.° 87 *pp*.

Malgré les progrès imposans que la médecine a faits dans notre siècle, la confiance du public dans un art qui veille à sa santé, son estime pour les hommes qui l'exercent, semblent diminuer tous les jours. Il convient de rechercher les causes de ce défaut d'intelligence entre la science et ceux qui ont besoin de ses conseils; il faut trouver quels sont les obstacles que rencontre l'art de guérir, d'où ils naissent, ce qu'il faudrait faire pour les écarter. « Toute cette désharmonie dans les rapports de l'ordre le plus élevé, cette science qui marche, et dont les applications, possiblement si utiles, rencontrent tant d'entraves et de causes de nullité, ce peu de considération dont jouissent ses adeptes, ce discrédit des conseils utiles, cet amour du merveilleux qui fait si souvent accueillir les paroles qui tuent au détriment de celles qui conservent; le charlatanisme et l'ignorance profitant de l'incompétence du public pour traverser les traitemens les mieux dirigés, et pour ébranler la confiance des malades; des médecins tombés en incapacité par leur éloignement de la science, qui s'avance tous les jours, et restant cependant en possession de la confiance publique comme d'une propriété acquise; une jeune population médicale pleine de conviction et riche de la plus fructueuse de toutes les expériences, celle qu'elle vient d'acquérir dans les hôpitaux, demeurant pourtant sous le poids de la vieille croyance que les véritables représentans de la science doivent avoir des cheveux blancs, et condamnés à réparer, s'il se peut, les erreurs des hommes qui n'ont sur elle que la prérogative de l'âge, toutes ces oppositions du bien, souvent sans assistance, et du mal qui ruine son action, sont de nature à ne pouvoir être plus long-temps abandonné une fois qu'elles ont été senties » . .

M. Trélat trouve la cause de tous ces désordres dans « *l'ignorance générale de la société; l'imperfection de l'enseignement médical qui n'offre pas assez de garanties; l'impuissance des lois et réglemens tels*

qu'ils existent et appliqués comme ils le sont, pour aider l'action de la science, et pour écarter tout ce qui peut nuire à ses heureux résultats »

L'auteur s'attache à démontrer l'heureuse influence qu'exercerait, contre la première de ces causes, l'établissement général d'un cours d'hygiène, comme complément de l'instruction publique. Nous ne contesterons point l'utilité d'une semblable institution ; mais ce remède nous paraît bien faible contre un mal aussi profond que l'ignorance de la société sur un art qu'elle ne connaîtra jamais assez pour la pouvoir juger.

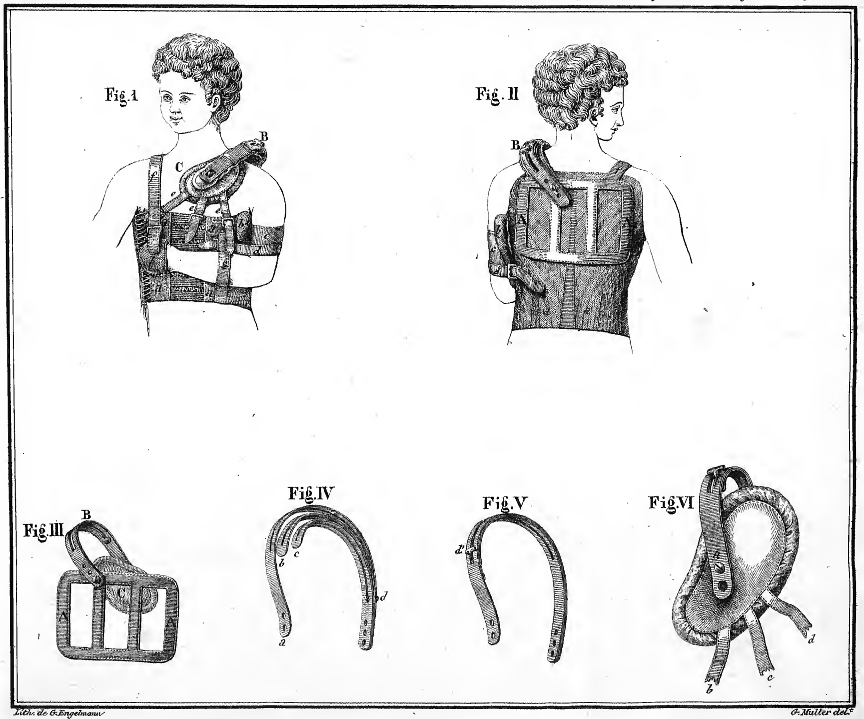
Supprimer l'institution des officiers de santé, établir un examen spécial et supplémentaire sur la théorie et la pratique des accouchemens, voilà des mesures dont tout le monde sent la nécessité, et auxquelles l'ignorance seule pourra ne point applaudir.

M. Trélat propose enfin d'ordonner l'apposition d'un signe extérieur uniforme au domicile de tous les médecins, d'abolir le droit de patente que paient les médecins, de supprimer les herboristes, de *mettre au concours* toutes les fonctions d'enseignement médical, de salubrité et d'hygiène publique, *d'instituer un corps savant fréquemment rééligible*, et *aux lumières duquel soient soumises toute l'action médicale et la surveillance* entière *de l'exercice de toutes les parties de l'art de guérir*. Pourrait-on espérer d'anéantir par là le charlatanisme? Ces mesures seraient-elles exemptes de tout inconvénient? C'est ce qu'il ne nous est point permis de discuter ici. Il faut voir, dans la brochure de M. Trélat, les raisons sur lesquelles il en établit la nécessité. Cette brochure, dans laquelle se trouvent quelques opinions hasardées, se recommande, en général, par la solidité du fond et par l'élégance des formes.

Cours d'histoire naturelle pharmaceutique, ou Histoire des substances usitées dans la thérapeutique, les arts et l'économie domestique ; par A. L. A. Fée, *pharmacien, etc. Deux vol. in-8.° Prix*, 18 *fr. et* 23 *fr. par la poste. Paris*, 1828. *Chez Colby, libraire.*

Ce cours, qui se recommande par une excellente méthode, abonde en aperçus utiles. L'auteur, après avoir partagé son travail en deux grandes séries, la *matière médicale organique*, et la *matière médicale inorganique*, décrit ensuite, d'une manière claire et précise, et avec une saine critique, les corps rangés dans les divisions secondaires qu'il a établies ; chacun d'eux est successivement traité de la manière suivante : 1.° synonymie complète ; 2.° phrase caractéristique et habitat. ; 3.° description des médicamens ; 4.° propriétés physiques, action du temps et culture ; 5.° falsification, substitution, altération ; 6.° propriétés chimiques et analyses ; 7.° emploi en pharmacie, dans l'économie et dans les arts ; 8.° partie historique et étymologie.

C. L.



Lith. de G. Engelmann

G. Muller del.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

FÉVRIER 1829.

De la phlébite utérine et de la phlébite en général considérées principalement sous le rapport de leurs causes et de leurs complications; par M. DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* (IIIe. et dernier article.)

De la Phlébite en général (1).

Les causes les plus ordinaires de la phlébite sont des lésions qui agissent sur la membrane interne des veines, soit en altérant directement son tissu; telles sont les piqûres, la section, l'excision, la ligature ou la compression, la distension, la contusion, le déchirement de ces vaisseaux; soit en permettant le contact des matières âcres et irritantes à la surface de cette membrane, comme il arrive lorsqu'une veine ulcérée baigne dans un foyer purulent, dans un cancer de ramollissement, lors-

(1) Les observations que nous avons rapportées dans les deux Numéros précédens ont servi de base à un travail que nous avons lu à la Société anatomique dans la séance du mois de juin 1828, et qui a été publié peu de temps après dans la *Nouvelle Bibliothèque médicale* et dans plusieurs autres Journaux de médecine. Comme ce travail n'est en grande partie qu'un résumé de ces mêmes observations, nous allons le reproduire avec tous ses développemens.

qu'elle s'ouvre sur une surface gangrénée ou suppurante, à la suite d'une amputation, d'une blessure, ou de toute autre lésion traumatique, enfin après l'accouchement. Ces causes sont tellement constantes qu'on peut prédire, pour ainsi dire, avec certitude, l'existence même cachée de l'une d'entre elles lorsqu'une phlébite vient à se déclarer. Ainsi cette maladie est presque toujours secondaire à une autre affection ; nous admettons toutefois que l'inflammation peut se développer primitivement et en quelque sorte spontanément dans une veine, moins par la considération de quelques faits peut-être incomplets et encore douteux, que parce que les veines, jouissant de la faculté d'absorber, peuvent introduire dans le système sanguin des substances capables d'irriter les parois de ces vaisseaux. Il serait curieux de rechercher s'il ne se passe pas des effets de cette nature dans les maladies contagieuses, et notamment dans la peste et le typhus dont les symptômes présentent beaucoup d'analogie avec ceux de la phlébite arrivée à sa dernière période. Ces mêmes causes paraissent être d'ailleurs favorisées dans leur action, par l'influence de certaines constitutions atmosphériques, jointes à la prédisposition. Voici ce que disent à cet égard les faits que nous avons rapportés : la plupart ont été observés dans la même année (1828), trois notamment à quelques jours de distance les uns des autres (*Obs.* VI.e, VII.e et VIII.e) Vers le même temps l'opération de la saignée, qui est généralement innocente, est devenue l'occasion de plusieurs phlébites très-graves attaquant certains individus de préférence à d'autres, quoique tout fût égal d'ailleurs. (*Obs.* XII.e, XXI.e, *et un plus grand nombre dont nous n'avons point fait mention.*) Les mêmes faits, recherchés avec soin pendant les années précédentes, sur le même nombre de malades et dans les mêmes cir-

constances, ne se sont présentés à nous qu'isolément et de loin en loin. Des remarques semblables ont été faites à diverses époques par des praticiens recommandables, et ces remarques ainsi généralisées porteraient à reconnaître, dans certains cas, l'action réelle d'une cause aggravante extérieure à l'individu, ou particulière et propre à son idiosyncrasie. Il est bon toutefois d'être prévenu d'une circonstance qui pourrait en imposer sur la valeur de ces causes; quelquefois l'altération locale qui précède ordinairement la phlébite est tellement bénigne, comparativement à la gravité des accidens qui semblent en résulter, qu'on serait tenté de mettre ces accidens sur le compte de la prédisposition. Cette manière de voir n'est cependant fondée que sur une connaissance superficielle du mode de développement et de propagation des inflammations veineuses, et surtout de leurs effets. Toute altération locale spontanée ou provoquée, quelque légère qu'elle soit, pourvu qu'elle s'étende jusque dans la cavité d'une veine d'un certain calibre est capable de donner lieu à une phlébite très-grave et très-étendue. Deux choses en effet sont à considérer dans cette maladie : l'inflammation du vaisseau et la sécrétion morbide qu'elle détermine dans sa cavité. L'inflammation est d'abord limitée comme la cause au point où cette dernière a porté son action, et se terminerait le plus souvent en ce point, si une nouvelle cause ne s'ajoutait à la précédente; mais la sécrétion morbide contenue dans un canal perméable se propage peu-à-peu le long du vaisseau, s'applique contre ses parois, les irrite et les enflamme successivement quelquefois dans une grande étendue, car la membrane interne des veines est, comme les membranes séreuses, dont elle présente d'ailleurs l'organisation, sensible au moindre contact des excitans contre-nature qui pénètrent à sa surface; le pus se mêle en outre

avec le sang qu'il altère, et parvient dans plusieurs organes entraîné par le courant circulatoire; delà une nouvelle série d'accidens dont nous parlerons bientôt. Ainsi l'on conçoit comment des causes fort légères en elles-mêmes peuvent devenir le mobile d'une maladie très-grave et d'une phlegmasie très-étendue. Remarquons en effet que la phlébite se propage le plus souvent dans une direction analogue à celle du cours du sang veineux, comme le démontrent toutes nos observations, et tend ainsi à se rapprocher de plus en plus du centre de la circulation; or, ce mode de propagation ne tient-il pas à ce que le pus contenu dans les veines enflammées suit naturellement la même route que le sang veineux, et irrite successivement les parois de ces vaisseaux ? Cette explication est d'autant plus probable, que dans les artères l'inflammation suit ordinairement une marche inverse et ne présente pas d'ailleurs les mêmes accidens que la phlébite, sans doute à cause des différences qui existent entre la circulation artérielle et la circulation veineuse. L'une, excentrique dans sa marche, dont le cœur est le principal mobile, parcourt des canaux de calibre décroissant, de telle sorte que le pus sécrété dans une artère enflammée, forcé de suivre la direction de la colonne sanguine, ne peut remonter vers le cœur, et doit être balayé du côté des capillaires où l'obstruction sert de barrière à ses ravages; l'autre, au contraire, dans les mêmes circonstances, apporte le pus dans les principaux viscères, à cause de sa direction centripète; et parcourant successivement des canaux de plus en plus volumineux, elle lui fournit un passage plus large et plus facile; mais dans les petites veines, la coagulation du sang, la formation des fausses membranes, s'opposent d'ordinaire à cette espèce de circulation purulente.

Le pus, avons-nous dit, se mêle quelquefois avec le

sang en pénétrant dans le torrent circulatoire; il y manifeste aussitôt sa présence par des désordres tels, qu'ils ne peuvent être attribués qu'à une cause de cette nature. Ordinairement tout-à-coup, et après des frissons violens et prolongés qui se répètent quelquefois avec une certaine périodicité, comme dans les fièvres intermittentes, on voit surgir une foule de symptômes graves qui semblent provenir des principaux foyers de la vie, et annoncer en même temps une influence délétère portée sur l'organisme; savoir : un changement rapide dans l'expression de la face, un grand sentiment de faiblesse, un délire vague, irrégulier, redoublant ordinairement pendant la nuit, des douleurs que rien ne motive en apparence, et qui peuvent se développer en diverses régions, dans la poitrine, l'abdomen, au centre d'une articulation (*Obs.* XIIe); le plus souvent une insensibilité totale. (*Obs.* VIe, VIIe, VIIIe, XVe). Les malades, étrangers à tout ce qui les entoure, semblent n'avoir également aucune conscience de ce qui se passe au-dedans d'eux-mêmes; ils n'accusent aucune douleur; quelques-uns même éloignent par leurs réponses constamment négatives toute présomption de souffrance intérieure; cependant la langue rougit, se dessèche, se couvre d'un enduit noirâtre, le ventre se météorise, du dévoiement survient, la parole est brève, la respiration accélérée, anxieuse, entremêlée d'une petite toux rare et sèche; des sueurs abondantes couvrent la peau, quelquefois un ictère se manifeste brusquement (*Obs.* VIIIe et IXe); ou bien la peau se nuance d'une couleur jaunâtre, sale et terne. (*Obs.* XVe). Enfin les malades tombent dans cet état qui est propre aux fièvres de mauvais caractère, état que l'on a considéré mal à propos comme dépendant uniquement de l'intensité et de l'étendue de l'inflammation veineuse; la langue est tremblante, la parole con-

fuse, les lèvres sont agitées de mouvemens convulsifs; quelquefois une éruption de pétéchies se fait tout-à-coup vers la peau, une parotide ou des gangrènes se déclarent brusquement (*Obs.* XX.e); des soubresauts des tendons surviennent, le pouls est toujours fréquent, vif et ordinairement dépressible; la mort arrive dans très-peu de temps.

Ces symptômes ne sont pas, dans tous les cas, aussi nombreux et aussi tranchés que nous venons de le dire; la gêne de la respiration, les frissons, le délire, la rougeur et la noirceur de la langue peuvent manquer ou bien être peu apparens; ils ne se présentent pas d'ailleurs exactement de la même manière chez tous les individus, et revêtent tantôt les formes ataxiques, adynamiques ou typhoïdes, suivant que le délire, la prostration ou la stupeur prédominent; tantôt ils simulent une phlegmasie encéphalique ou gastro-intestinale franche, ou bien une pneumonie, une hépatite essentielles; mais constamment alors on observe un changement inopiné dans l'état des malades, car ces accidens se manifestent brusquement.

A l'ouverture des cadavres, on rencontre dans ces circonstances des altérations qui contrastent, par leur nombre et leur profondeur, avec la rapidité de leur développement : des abcès dans un ou plusieurs organes, dans les poumons en particulier, dans le foie, la rate, le cerveau, les reins, et dans quelques articulations. Quelquefois des engorgemens suppurés dans le corps de la peau et dans l'épaisseur des muscles (*Obs.* XX.e), une gangrène de la rate (*Obs.* X.e), une forte injection des méninges et surtout de la pie-mère, des rougeurs et des ramollissemens dans la membrane muqueuse gastro-intestinale (*Obs.* XII.e); nous pensons en outre, d'après la cause de ces lésions et la théorie de leur formation, que des désordres tout aussi graves que l'observation n'a

point encore démontrés, peuvent survenir partout ailleurs dans les mêmes circonstances; toutefois le sang ne nous a point en général présenté d'altération bien manifeste, si ce n'est une certaine liquidité, mais dans quelques cas il a paru mélangé avec des globules purulens. (*Obs.* XI.e, XVII.e, XX.e). Parmi ces lésions, une des plus fréquentes consiste dans la formation de noyaux purulens dans le parenchyme même des poumons, offrant des caractères extrêmement remarquables sous le rapport de leur siège et de leur développement. Ils se montrent d'abord à la base de ces organes, à l'inverse des tubercules scrofuleux avec lesquels on les a confondus, et envahissent successivement leur sommet, de telle sorte qu'on les trouve ordinairement en plus grand nombre aux lobes inférieurs qu'aux supérieurs, et que leurs degrés de maturité suivent la même marche; quelquefois ils n'existent que dans les lobes inférieurs. (*Obs.* VI.e) Ils paraissent affecter également l'un et l'autre poumons; cependant le poumon droit en a été plus fréquemment le siège que le gauche, d'après les observations que nous avons rapportées (*Obs.* IX.e, XI.e, XII.e), et dans certains cas ils ne se développent que dans le poumon correspondant au côté du corps où existe l'inflammation veineuse (*Obs.* IX.e, XIII.e, XVI.e) Leur nombre est d'ailleurs très-variable; quelquefois on en compte trois à quatre seulement dans chaque poumon; mais dans d'autres circonstances ils semblent couvrir toute la surface de ces organes : ils occupent en effet presque constamment la superficie plutôt que le centre du parenchyme pulmonaire (1). On les voit ordinairement former des bosse-

(1) Ce siège particulier ne tiendrait-il pas à ce que la plupart des ramifications de l'artère pulmonaire se terminent à la périphérie des poumons, avant de se continuer avec les veines, et ne permettent pas au pus en circulation de cheminer au-delà, à cause de leur capillarité ?

lures au-dessous de la plèvre avec laquelle ils sont en contact, et quelquefois se dessiner à travers cette membrane par un point blanchâtre qui annonce leur suppuration prochaine ; delà vient qu'à cette lésion se joint ordinairement une pleurésie qui se développe par transmission de l'inflammation, comme il arrive lorsqu'un véritable tubercule se ramollit au-dessous de la plèvre. Nous remarquerons à cette occasion que bien souvent les pleurésies qu'on observe à la suite des opérations chirurgicales ne sont point primitives et tiennent à la cause que nous venons d'indiquer. La manière dont ces noyaux de suppuration se développent, mérite une attention particulière. Du sang extravasé ou du pus contenu dans des veines capillaires paraissent être le premier élément de leur formation (*Obs.* XX.[e]) ; bientôt succède une petite ecchymose d'un noir foncé qui sert de base à un engorgement dur, arrondi et noirâtre, lequel s'infiltre de pus et se convertit dans très-peu de temps en un véritable abcès qui se ramollit du centre à la circonférence, étant ordinairement environné par un tissu pulmonaire entièrement sain. Ainsi on peut admettre trois degrés dans leur développement. Le premier consiste dans une sorte d'infiltration sanguine au milieu de laquelle on rencontre quelquefois une ou plusieurs veinules pleines de pus ; le second, dans la formation d'un noyau dur, noirâtre, puis blanchâtre ; le troisième enfin dans le ramollissement et la conversion en foyer purulent, d'abord du centre, puis de la totalité de l'engorgement : ces foyers ne conservent alors aucune apparence de leur première origine ; cependant il est quelquefois possible de suivre des veines jusques à leur voisinage et même dans leurs cavités. (*Obs.* X, et XVII.[e]) Du reste, les trois degrés de cette altération sont assez souvent réunis dans le même poumon.

L'observation ne nous a point encore appris si les abcès qui surviennent à la suite de la phlébite, dans des vis-

cères autres que les poumons et le foie, se forment de la même manière; mais l'analogie porte à penser qu'il en doit être ainsi, car ces abcès paraissent être de même nature et suivre partout la même marche; il peut se faire d'ailleurs que la structure aréolaire des poumons rende plus apparentes les diverses phases de leur développement dans ces derniers organes; nous rappellerons en outre que les pétéchies décrites dans l'observation XXe n'étaient autre chose que des infiltrations sanguines dans le corps de la peau, au milieu desquelles commençait à se former de la suppuration, comme on l'observe dans les abcès pulmonaires dont il vient d'être question (1).

(1) Plusieurs médecins ont attribué à l'absorption simple du pus, la formation de ces abcès que nous regardons comme consécutifs à la phlébite. Nous sommes loin de nier cette absorption, mais nous affirmons n'avoir rencontré le plus souvent des abcès de cette nature que dans les cas où il existait préliminairement une inflammation veineuse, et nous sommes porté à penser que dans ceux où cette inflammation n'a point été indiquée, comme cela nous est arrivé à nous-même (*voyez* Obs. XVIIIe et XIXe), on n'avait pas fait toutes les recherches suffisantes pour être en droit de nier absolument son existence; car, pour admettre cette absorption, il ne suffit pas de trouver du pus déposé dans un organe sans caractère local d'inflammation, il faut encore s'assurer si ce pus n'a point été sécrété dans l'intérieur de quelque vaisseau même très-éloigné du point où la matière purulente a été transportée.

Sans vouloir cependant être exclusif sur cette opinion, nous prions le lecteur de faire attention aux circonstances suivantes : 1.° la plupart des cas dans lesquels on observe ces abcès métastatiques, sont ceux où des veines d'un certain calibre communiquent avec une surface enflammée favorable par conséquent au développement de la phlébite; or, en regardant l'absorption comme cause de ces abcès, on ne voit pas pourquoi toute espèce de lésion ou de plaie suppurante ne se compliquerait pas du même accident qui deviendrait alors extrêmement fréquent; 2.° les veines qui ont une certaine dimension ne jouissent point de la faculté d'absorber, car l'absorption est une fonction propre aux petits vaisseaux, fonction qu'on a assimilée pour cette raison aux phénomènes capillaires; 3.° nous pensons d'ailleurs que la pénétration du pus dans le torrent circulatoire, produite par l'absorption, molécule à molécule, ne déterminerait

Si maintenant on réfléchit, 1.° que toutes ces lésions surviennent dans le cours d'une phlébite; 2.° qu'elles parviennent, dans peu de jours, à l'infiltration et à la collection purulente; 3.° qu'elles présentent des caractères spéciaux tels que jamais une inflammation franche et ordinaire n'en développe de semblables dans les poumons; 4.° qu'à côté du tissu altéré on trouve ordinairement un tissu sain; 5.° que ces mêmes lésions peuvent être observées dans les mêmes organes, à la suite d'une phlébite intérieure, comme à la suite d'une phlébite extérieure; 6.° qu'enfin les symptômes graves dont elles sont accompagnées offrent la plus grande ressemblance avec ceux qui annoncent une infection miasmatique des fluides; on conviendra que si le transport et le mélange du pus avec le sang, dans le cours de la phlébite, ne sont point matériellement démontrés (car l'inspection directe est souvent insuffisante, et l'analyse chimique ne peut encore être d'une grande utilité à cet égard), cette opinion offre du moins les plus grandes probabilités.

Il est encore un autre genre de preuves que pourraient fournir des expériences tentées sur les animaux. Une seule, que nous avons faite dans cette intention en injectant du pus dans la veine crurale d'un chien, à la dose

pas des accidens aussi instantanés, des désordres aussi rapides et aussi profonds que ceux qu'on observe dans la phlébite lorsque le pus se mêle avec le sang tout à coup et en certaine quantité. Du reste, mettant de côté ces différences d'opinions, que nous ne prétendons point généraliser d'une manière absolue, mais qu'il serait très-important d'établir positivement, afin de reconnaître non-seulement le point de départ de ces altérations, mais encore les moyens propres à les prévenir, nous nous faisons un devoir de dire qu'il existe d'assez nombreux rapports entre les idées émises dans notre travail, concernant les altérations des fluides et leurs effets sur les solides, avec celles qui ont été avancées par M. Velpeau dans plusieurs mémoires à ce sujet. Ayant été amené à ces idées par l'étude de la phlébite, nous avons cru pouvoir nous dispenser de rappeler les observations de ce médecin.

d'une once, ne nous a donné aucun résultat, l'animal ayant succombé douze heures après cette opération et avant que les lésions que nous attribuons au mélange du pus avec le sang aient eu le temps de se développer; ce fluide était partout noir et grumeleux, on n'y appercevait aucune trace de pus, le cadavre est entré promptement en putréfaction.

Mais ces expériences ont été faites déjà plusieurs fois; nous citerons en particulier celles de M. le professeur Cruveilhier, qui a produit un développement de tubercules dans les poumons en faisant pénétrer du mercure dans les veines, tubercules dont le noyau était formé par un globule mercuriel; celles de MM. Dupuy, Trousseau, Leuret, qui ont donné lieu à diverses altérations locales spécifiques, en injectant dans les veines des matières putréfiées. Or, les altérations que nous avons indiquées comme survenant dans quelques cas de phlébite sont fort analogues à celles que ces expérimentateurs ont observées, et doivent, par conséquent, reconnaître une cause fort analogue; car, si des liquides provenant de la macération de chairs en décomposition, si la sanie qui s'écoule d'un charbon ont développé, dans un cas, des inflammations promptement gangréneuses (Dupuy et Trousseau), et, dans l'autre, un véritable charbon (Leuret), pourquoi du pus mélangé avec le sang ne donnerait-il pas lieu à des abcès? N'y a-t-il pas un rapport bien manifeste entre la nature de ces causes et celle des effets?

Mais, dira-t-on, pourquoi les poumons sont-ils plus particulièrement le siége de ces espèces de métastases purulentes? Si le pus pénètre dans le torrent circulatoire, ne semble-t-il pas que tous les organes devraient s'en ressentir également? Nous remarquerons, en effet, que souvent les altérations qui surviennent alors sont multiples et disséminées dans plusieurs appareils, mais les poumons sont deux espèces de confluens dans lesquels

aborde continuellement le sang de toutes les parties du corps; or, le pus étant en circulation doit affluer en plus grande quantité dans ces viscères que partout ailleurs, et y déterminer des altérations plus fréquentes, dont les progrès sont d'ailleurs favorisés par la structure délicate de ces mêmes viscères. Le foie, autre centre de circulation, est aussi très-souvent, et pour les mêmes raisons, le siége de ces métastases, surtout lorsque la veine porte est enflammée vers ses racines. Nous dirons, à cette occasion, avoir vu, dans deux cas, des abcès formés rapidement dans le foie à la suite de hernies étranglées et opérées, dans lesquelles une masse considérable et irréductible d'épiploon suppurait à l'extérieur. Une autre fois, le même accident est survenu après une opération de cancer au rectum, dans laquelle la cautérisation fut mise en usage; et une quatrième fois, à la suite d'une simple opération de fistule à l'anus (1). Les veines épiploïques et mésaraïques ne furent point examinées à l'ouverture des cadavres. Ces abcès n'ont-ils point tenu à l'inflammation de quelques-unes de ces veines? Remarquons, en effet, que du sang veineux est apporté en grande quantité dans le foie comme dans les poumons par des veines qui, faisant office d'artères, peuvent aussi servir de véhicules directs au pus, ce qui n'a point lieu pour d'autres organes. Nous dirons, toutefois, que la fréquence relative des suppurations qui surviennent dans telle ou telle partie à la suite des inflammations veineuses, ne présente pas toujours une explication aussi satisfaisante; ainsi on ne voit pas pourquoi les articulations deviennent assez souvent le siége de ces suppurations, pourquoi des abcès se

(1) Nous rappellerons que Meckel et Osiander ont trouvé les branches de la veine porte, et surtout celles de la veine ombilicale, recouvertes d'une fausse membrane et pleines de pus, dans deux cas à la suite de la ligature du cordon ombilical. (Schwilgué, *Biblioth. médic.*, tome XVI.)

développent parfois sous la peau, dans le tissu cellulaire intermusculaire, ou toute autre partie, dont la circulation n'a point de relation directe avec celle de la veine enflammée. Le siége de ces abcès, comparé avec celui qui a été le point de départ de la phlébite, fait supposer que, dans ces cas, le pus a parcouru tout le cercle circulatoire, ou bien que la masse du sang a été viciée (1).

C'est ici le lieu de parler de la co-existence assez fréquente des abcès du foie avec les plaies de tête. On nous permettra d'entrer dans quelques détails sur un sujet qui, de tout temps, a frappé l'attention des chirurgiens. Nous ne rappellerons point les explications plus ou moins hypothétiques qui ont été proposées à diverses époques pour se rendre compte de ce fait remarquable; celles de Bertrandi et de Pouteau sont abandonnées depuis long-temps. Les expériences faites par M. le professeur Richerand, dans l'intention de démontrer que ces abcès étaient le résultat d'un ébranlement ou d'une contusion éprouvée par le foie, en même temps que la lésion traumatique avait lieu du côté de la tête, ne paraissent point également satisfaisantes; car, d'une part, comme le remarquent les nouveaux éditeurs de la Médecine opératoire de Sabatier (tome II, page 23), tous les sujets qui tombent de haut, et dont la tête n'est pas blessée, n'ont pas des abcès au foie; de l'autre, ces abcès se manifestent chez des individus qui n'ont éprouvé aucun ébranlement général; reste l'opinion de Desault, qui reconnaissait pour cause de ces abcès les rapports sympathiques qui existent entre le cerveau et les organes gastriques; mais celle-ci n'est pas plus à l'abri d'objections que les autres. Outre que le mot de sympathie est

(1) Des recherches anatomiques faites sur les veines qui se distribuent aux articulations et aux muscles jeteraient peut-être quelque jour sur cette question. Les veines paraissent être extrêmement nombreuses dans les muscles. (*Voyez* l'observation XX.e)

une sorte d'X algébrique dont la valeur et le terme sont encore inconnus, on se demande pourquoi ces abcès ne se développent, pour ainsi dire, que dans les inflammations traumatiques du cerveau ou de ses enveloppes, et deviennent si rares dans les inflammations des mêmes parties qui ne sont pas déterminées par une lésion extérieure. N'est-ce pas, dans l'un et l'autre cas, une inflammation ayant le même siége et susceptible de donner lieu aux mêmes sympathies entre le cerveau et le foie, et, par conséquent, aux mêmes effets?

Oserons-nous, après tant d'hommes recommandables, proposer à ce sujet une opinion entrevue déjà par Morgagni, opinion qui nous paraît avoir beaucoup plus de vraisemblance que les précédentes, en ce qu'elle est fondée sur l'analogie des faits que nous avons rapportés avec ceux dans lesquels on a observé ces abcès du foie.

1.° Qu'on réfléchisse un moment au nombre et au volume considérable des veines qui se répandent, non-seulement dans le cerveau et ses membranes, mais qui pénètrent encore dans les os du crâne (veines diploïques), et l'on verra que ces vaisseaux ne peuvent manquer d'être froissés, contus, déchirés, entr'ouverts, dans toute plaie qui intéresse profondément les parois de cette cavité; ces plaies, venant à suppurer, sont exactement dans les conditions de celles qui peuvent se compliquer de phlébite; et, soit que l'inflammation s'empare réellement des veines diploïques ou méningiennes (1), soit que le pus formé à leur embouchure pénètre dans leurs cavités, par le simple effet de la position déclive de ces vaisseaux, de leur mode de circulation descendante, ou par une véritable absorption, ce pus, mêlé bientôt avec le sang, agit sur le parenchyme du foie de la même manière que s'il y pé-

(1) Les sinus de la dure-mère peuvent s'enflammer comme les autres veines. M. Ribes en a rapporté un exemple. (Mémoire cité.)

nétrait par les ramifications de la veine porte (*Obs.* XX.e), c'est-à-dire en donnant lieu à des abcès.

2.° Que l'on consulte la plupart des observations dans lesquelles on a vu les plaies de tête se compliquer d'abcès au foie, et l'on apprendra qu'à une certaine époque de l'accident, quelquefois au moment où tous les dangers semblaient avoir disparu, des individus, précédemment bien portans, ont été pris tout-à-coup de frissons plus ou moins répétés, de fièvre, de délire et autres symptômes graves dont nous avons parlé, et qu'ils ont succombé dans très-peu de temps, ordinairement avec une teinte ictérique de la peau. Ces abcès se seraient donc formés dans l'espace d'un très-petit nombre de jours, en les regardant comme le résultat d'une inflammation idiopathique du foie? Tandis que l'inflammation réellement idiopathique et primitive de cet organe est fort long-temps à se terminer par suppuration, ou même affecte rarement cette terminaison. Nous n'ignorons pas qu'il existe des faits contraires à cette dernière opinion, mais ces faits rentrent peut-être dans la classe de ceux des plaies de tête; une ulcération de l'estomac, de l'intestin, de la vésicule biliaire, du canal cholédoque (*Obs.* XX.e) ou toute autre lésion cachée intéressant en même temps une veine mésaraïque, peuvent être le mobile d'une phlébite qui portera ses ravages sur le foie; et tant qu'on n'aura pas constaté soigneusement l'état des veines dans ces circonstances, on n'est pas en droit, suivant nous, de regarder ces abcès comme idiopathiques; la rougeur, le ramollissement même qui surviennent à une certaine période autour de ces abcès, n'est pas non plus une preuve péremptoire de leur nature idiopathique, car ces traces d'inflammations peuvent être consécutives au transport du pus dans le parenchyme des organes.

3.° On verra, d'ailleurs, que ces abcès du foie sont, pour l'ordinaire, multiples et disséminés par noyaux iso-

lés et circonscrits de suppuration, principalement à la superficie de ce viscère, comme nous l'avons décrit dans l'observation XX.e; ce mode de lésion ressemble trop à celui qui survient dans les poumons en pareille circonstance pour ne pas tenir à la même cause. Une inflammation franche n'éparpille et ne limite point ordinairement ainsi ses ravages dans le même organe, elle s'étend d'un point central sur les parties environnantes qu'elle embrasse plus ou moins dans le même rayon d'activité.

4.° On remarquera en outre que, fréquemment, ces mêmes abcès se développent sans douleur, et que leur existence n'est ordinairement constatée que par l'autopsie cadavérique. « Les abcès du foie, dit Bertrandi, se forment, le plus souvent, sans qu'on s'en aperçoive; j'en ai trouvé dans plusieurs cadavres après des blessures de tête dont on n'avait pas eu le moindre soupçon (1). » Or, cette espèce d'insensibilité qui empêche le malade de fournir aucun renseignement sur son état, cette ignorance de la part du médecin sur la cause des phénomènes qu'il observe, sont très-ordinaires dans le cas de suppuration provenant de la pénétration du pus dans le sang et dans les viscères, sans doute parce que les phlegmasies désorganisatrices qui en résultent procèdent d'une autre manière que celles que nous avons coutume d'observer en d'autres circonstances dans les mêmes organes.

5.° Mais, dira-t-on, pourquoi le foie est-il le seul viscère dans lequel on ait fait mention d'abcès à la suite des plaies de tête, tandis que les poumons en ont été plus fréquemment le siége dans les cas de phlébite dont nous avons exposé les observations? Mais cette opinion est une erreur, que Morgagni a pris soin de relever, accréditée sans doute par les théories à l'aide desquelles on a

(1) *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie.* Paris, 1757; tome III, page 488.

voulu expliquer la formation de ces abcès hépatiques. Cet auteur célèbre rapporte quatre observations dans lesquelles les poumons ont été trouvés profondément altérés à la suite de ces mêmes plaies de tête, et dans un cas seulement le foie participait à ces désordres (1). Dans la première : *In pulmonibus varia hic illic tubercula reperta sunt duriuscula, quorum nonnulla incisa sinceram saniem emittebant, reliqua needum suppurata glandulosi corporis firmitudinem referebant.* Dans la seconde : *Pulmones valde rubentes, parvique in his abcessus pure pleni reperti sunt.* Dans la troisième : *Pulmones inventi sunt parvis abcessibus multis ac variis excavati.* Dans la quatrième, enfin : *Pulmones pluribus distincti tuberculis inventi sunt, quorum aliqua jam suppurata saniem incisa emittebant;* et plus bas : *In hepatis parte dextra crebra tubercula conspecta sunt et in his nonnulla quæ jam pervenerant ad suppurationem* (2). Cette description ne laisse point d'équivoque entre les véritables abcès et les tubercules des poumons. Morgagni les appelle des abcès, et quand il emploie l'expression de tubercule, c'est pour désigner leur forme et non leur nature, car il ajoute immédiatement, *saniem sinceram emittebant.* On remarquera d'ailleurs que ces sujets ont succombé très-peu de temps après l'accident qui, dans les trois premiers cas, avait donné lieu à des plaies avec fracture du crâne, et, dans le dernier, à une plaie sans fracture. Morgagni cite encore quelques autres

(1) *De sedibus et causis morborum*, lib. 4, epist. 51, art. 17, 18, 19 et 20.

(2) Une observation analogue à celles de Morgagni, intitulée : *Fracture du crâne, abcès consécutifs dans le foie et dans les poumons*, a été publiée par M. Keate, chirurgien anglais (*Med. and Phys. Journ.*, nov. 1828), et rapportée dans le N.° 58 de la *Clinique des hôpitaux et de la ville.*

faits en preuve de son opinion, un entr'autres qu'il emprunte à Nicolaus Massa, et qui nous a paru digne d'être cité en entier. « *Quidam ex vulnere inflicto dextræ capitis parti prope sagittalem suturam, cum meningum incisione mortuus est delirans et paralyticus. In capite duo inventa sunt apostemata quorum pus erat laudabile, alterum in substantia cerebri prope vulnus, alterum in cerebello posteriore. In thorace autem sanies multa et mala deprehensa est intrà sinistri pulmonis ulcus, cujus cavum majus erat, dimiadato cortice ovi gallinacei. Fuit et sanies manifesta in sinistræ cordis auriculæ facie exteriore, quæ tota etiam exulcerata. Sed in ventriculo etiam cordis dextro, in columnâ carneâ apostema erat notabile ascendens usque ad unam ex valvulis, ipsam quoque tumore notabili et apostemoso tumentem.* » Plus bas, Morgagni ajoute cette circonstance remarquable : « *Et ne forte credas hæc thoracis apostemata ante vulnus jam fuisse, testatur Massa notum fuisse sibi hominem, neque unquam de ullo dolore conquestum, neque tussi vexatum, vel postquam vulneratus jacebat.* »

Ainsi des abcès ont pu se développer à la suite d'une plaie de tête, non-seulement dans les poumons, mais encore sur une des colonnes charnues du cœur, *in columnâ carneâ*, et dans le ventricule droit plutôt que dans le gauche, le premier ayant sans doute reçu immédiatement par la voie des veines le pus qui provenait de cette plaie. Morgagni parle encore d'autres cas de plaie de tête dans lesquelles on a vu survenir des suppurations profondes dans des viscères de l'abdomen autres que le foie, dans la rate et même dans l'estomac, l'intestin, le mésentère; mais ces derniers faits, empruntés au *Sepulcretum* de Bonnet, ne lui paraissent pas mériter une grande confiance. Il termine par cette sage réflexion dans laquelle

il laisse entrevoir son opinion sur la cause de ces abcès : *Cavebis, si forte rem explicare aveas, ne ponas quidquam cum observationibus non consentiens, quasi in plerisque, aut fere semper, aut, quod ponere Barbettus, non dubitat, in solum hepar e capite pus transferretur.* Cette dernière expression est d'autant plus significative, que Morgagni ajoute immédiatement après : *Vidisti enim qui etiam in cor, pulmones, lienem translatum conspexerint;* ce qui prouve bien que cet auteur regardait ces suppurations brusques qui surviennent dans les plaies de tête comme étant l'effet d'un transport du pus, *transferretur, translatum.* Nous verrons bientôt qu'il s'exprime d'une manière encore plus positive à cet égard; mais il ne dit point par quelle voie ce transport pouvait s'opérer.

De cette longue discussion, dans laquelle nous sommes entrés, il résulte, comme vient de le prouver Morgagni, que les poumons, la rate, le cœur même peuvent être, comme le foie, le siége de ces métastases purulentes à la suite des plaies de tête. Ce fait à lui seul renverse toutes les explications données jusqu'à ce jour sur la formation des abcès du foie dans ces circonstances; car ces explications ne concernent que le foie, et, fussent-elles vraies, ne résolvent qu'une partie du problême : *Ponunt quidquam cum observationibus non consentiens.* Il confirme en même temps notre opinion sur le même sujet; car, si dans les plaies de tête le pus pénètre quelquefois dans le torrent circulatoire au moyen des veines méningiennes, il peut être transporté dans d'autres organes que dans le foie, et y servir de germe à des abcès. Des observations exactes auront au reste bientôt fait justice de cette opinion, qui est moins la nôtre que celle de Morgagni, mais que nous aurons rendue digne de quelque attention en l'associant à des faits qui conduisent à de nouvelles recherches.

Le mot de métastase purulente est insuffisant pour exprimer ce qui se passe dans la formation des lésions consécutives à la phlébite. Avant de pénétrer dans les organes le pus se mêle d'abord avec le sang, qu'il altère d'une manière spéciale; de cette altération résultent des inflammations également spéciales; et les suppurations qui surviennent alors ne sont pas le résultat d'un transport du pus en nature, comme l'ont pensé quelques personnes. Voici les motifs sur lesquels repose cette opinion. 1.° Les premiers degrés des abcès des poumons, dans ces circonstances, ne sont point des infiltrations purulentes, encore moins des abcès tout formés; mais, comme nous l'avons dit, une petite ecchymose, un point noir, puis un engorgement compacte dans lequel se développent promptement la suppuration et la désorganisation; 2.° on ne conçoit pas comment ces engorgemens seraient capables de se convertir en foyers liquides sans aucun travail inflammatoire préalable; 3.° ni comment une si grande quantité de matière purulente, en supposant qu'elle fût uniquement le produit de la métastase, pourrait provenir de la suppuration d'une seule veine qui, dans certaines circonstances, n'est enflammée que dans l'étendue de huit à dix pouces (*observation* XIIe), 4.° D'ailleurs, toutes les lésions qui surviennent dans la phlébite ne sont pas uniquement des infiltrations purulentes ou des abcès, on trouve quelquefois en même temps des rougeurs inflammatoires, des ramollissemens, des gangrènes sans traces de pus. (*Observ.* X.^{e}, XIIe, XXe) 5.° Enfin, les symptômes généraux qu'on observe dans tous ces cas indiquent un trouble de la plupart des fonctions, qu'on explique beaucoup mieux par l'altération du sang provenant de son mélange avec le pus, que par une simple métastase purulente cheminant isolément à travers les vaisseaux sanguins et le cœur, et déposée passive-

ment dans les organes ; si l'on admet au contraire que dans ces circonstances le pus est capable d'enflammer ces mêmes organes, pourquoi n'altérerait-il pas le sang avec lequel il est d'abord en contact ?

Nous pouvons encore nous appuyer ici du sentiment du célèbre Morgagni, qui emploie à-peu-près les mêmes argumens pour combattre l'opinion de la simple métastase. Voici comment il s'exprime : *Fac enim relegas, quas tibi novissimè descripsi, observationes* (il parle de ces mêmes observations que nous avons citées plus haut) *nempe tubercula plerumque invenies sive in pulmonibus, sive in ipso etiam jecore non omnia fuisse suppurata, quin plura interdum glandulosi corporis firmitudinem adhuc referentia. Quid ? si ægro moriente, necdum ulla essent quæ pus habere inciperent.* (Cette réflexion n'est-elle pas un trait de ce génie qui devance les faits ? car nous avons trouvé plusieurs fois des tubercules de cette nature qui ne présentaient encore aucune trace de suppuration.) *Videtur autem secundum eas observationes* (continue Morgagni) *pus in viscera aliunde invectum, non puris formâ semper deponi, sed haud raro saltem nonnullas ejus particulas cum sanguine permistas et prorsùs disjunctas, in angustiis quibusdam, fortasse glandularum lymphaticarum hærere ; easque, ut in veneorum bubonum productione fit, obstruendo, aut irritando, eoque humores præterituros retinendo distendere ; et multò copiosoris quam quod advectum est, puris generationi, à rigoribus illis et horroribus significatæ, causam præbere. Quâ ratione illud quoque intelligitur quomodo plus puris in visceribus et caveis corporis sæpè deprehendatur quam modicum vulnus dare potuisset.*

D'après toutes ces raisons, il nous semble plus conforme à l'explication des faits d'admettre que le sang, s'impregnant plus ou moins de molécules purulentes,

devient un agent de perturbation générale et d'irritation locale, dont les effets sont de déterminer des phénomènes généraux extrêmement graves auxquels succèdent des inflammations promptement purifères; mais il n'est pas impossible que le pus sécrété dans une veine enflammée, et transporté dans les organes, concoure directement par lui-même à cette espèce de génération purulente, comme le fait supposer l'observation XX.e, dans laquelle nous avons trouvé du pus dans les veines pulmonaires tout à côté de nombreux points de suppuration. Une objection assez sérieuse, qui peut être faite à cette explication, consiste dans la rapidité avec laquelle ces abcès se développent, et l'intégrité ordinairement parfaite des parties qui les avoisinent. Mais le genre d'irritation ou de perturbation qui résulte de la présence du pus dans le sang est-il le même que celui qui dépend d'une cause ordinaire mécanique ou chimique? Ses effets ne doivent-ils pas être promptement destructeurs et sans réaction franchement inflammatoire? Car la vitalité des organes est attaquée dans un de ses élémens les plus essentiels: aussi voit-on dans ces circonstances survenir quelquefois en même temps des pétéchies, des gangrènes, des parotides.

De tout ce qui a été dit jusqu'à présent, il résulte que la phlébite est loin d'être une maladie aussi simple qu'on le pense communément. Attaquant primitivement les solides, elle peut altérer profondément les fluides, et le danger vient bien moins, à notre avis, de l'inflammation veineuse en elle-même que de la viciation du sang qui peut en résulter. C'est alors qu'on voit se développer les complications formidables dont nous avons parlé, complications qui ont fait dire à quelques auteurs que, dans la phlébite, on pouvait observer des symptômes d'arachnitis, de pneumonie, de gastrite, maladies attribuées faussement à une simple irritation sympathique.

Ces idées ne conduisent-elles pas à admettre que si, dans beaucoup de cas, la cause première des maladies réside dans les solides, elle peut ensuite être transmise aux fluides, qui réagissent à leur tour sur les solides en vertu du consensus étroit qui existe entre les uns et les autres. Or, combien de produits morbides formés dans le sein de nos organes peuvent ainsi servir de germes à de nouvelles maladies; car toute matière purulente en contact avec des tissus vivans, toute désorganisation qui tend au ramollissement, sont des espèces de poisons intérieurs plus ou moins actifs dont l'absorption peut s'emparer. N'est-ce pas ainsi qu'il faut expliquer ces fièvres consomptives qui accompagnent les grands foyers de suppuration, le ramollissement des tubercules, du cancer, et plus tard ces lésions nombreuses et ordinairement de même nature qui surviennent dans une foule d'organes, comme autant de rejettons de la première maladie?

D'un autre côté, n'existe-t-il pas un certain nombre d'affections dans lesquelles les fluides, au lieu de recevoir cette influence délétère de la part des solides, paraissent en être les premiers dépositaires? celles qui se manifestent épidémiquement, qui naissent au milieu des miasmes, des effluves putrides qui tiennent à des virus, des venins ou tout autre poison subtil venant du dehors, ne sont-elles pas dans ce cas? Or, si les fluides ne peuvent être malades sans que tôt ou tard les solides ne s'en ressentent, devra-t-on regarder les lésions de ces derniers comme étant la maladie elle-même, limitée à telle ou telle localité, sans songer que les fluides en ont fourni les premiers élémens, et que, appartenant à toute l'économie, ils ont pu donner lieu à un état général de maladie auquel a succédé plus ou moins promptement un état local.

Ces réflexions se lient étroitement à notre sujet; car ce qui se passe dans la phlébite, lorsque le pus vient à pénétrer dans le torrent circulatoire, n'est autre chose que le

résultat d'une infection plus ou moins analogue à celle qui paraît avoir lieu dans les affections dont nous venons de parler.

Lorsque dans le cours d'une fièvre grave on voit les symptômes les plus alarmans suspendre tout-à-coup leur marche et se terminer incontinent par le retour à la santé, à l'apparition soudaine et imprévue de quelque suppuration extérieure indépendante de tout travail local d'inflammation, n'est-il pas permis de penser qu'il est encore survenu quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans la phlébite, et ne peut-on pas dire avec les anciens qu'il y a eu crise, que les humeurs ou le sang altérés se sont débarrassés d'une matière nuisible, en la transportant sur des parties où elle ne produit aucun nouvel accident, tandis que dans les cas de phlébite ces sortes d'abcès dépuratoires, ayant lieu sur des viscères importans qu'ils désorganisent, augmentent le danger de la maladie? L'éruption variolique n'est-elle pas aussi le produit d'une sorte de dépuration sanguine, qui suspend immédiatement les symptômes fébriles, lorsque cette éruption a lieu dans une mesure convenable, et devient la source de nouveaux accidens lorsqu'elle est confluente et produit une inflammation générale de la peau? Ces idées nous semblent reposer sur des faits et non sur des opinions, d'après le rapprochement que nous venons d'établir; nous les livrons à la méditation des médecins dégagés de tout esprit de système.

Trois ordres de symptômes correspondant à autant de degrés de la phlébite nous semblent devoir être admis dans l'histoire générale de cette maladie. Le premier ordre est caractérisé par des phénomènes locaux sans fièvre; le second, par des phénomènes généraux joints aux précédens et en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'inflammation veineuse; le troisième enfin, par des phénomènes plus graves et d'une autre nature, indiquant le

passage du pus dans le sang et le développement de complications variées : les lésions que l'on trouve à l'ouverture des cadavres s'accordent avec cette division.

Ces trois ordres de symptômes se dessinent parfaitement dans l'inflammation d'une veine sous-cutanée survenant après l'opération de la saignée. Ainsi, dans le premier degré, la douleur et le gonflement autour de la piqûre de la veine dont les bords s'entr'ouvrent légèrement, sont les seuls phénomènes qu'on observe en premier lieu. Assez souvent cet état reste stationnaire pendant plusieurs jours; l'inflammation se borne à l'orifice de la veine en donnant lieu à un phlegmon qui se résout dans peu de jours, ou bien se termine par une petite quantité de suppuration qui s'échappe de la plaie.

Mais d'autres fois l'inflammation se propage le long du vaisseau dans une étendue plus ou moins considérable. Une douleur très-vive, augmentant par la moindre pression et le plus léger mouvement du membre, est l'annonce de cette extension de la maladie; le vaisseau est encore mou au toucher, et la circulation paraît y continuer; mais bientôt il se transforme en une sorte de corde noueuse et dure qui se dessine parfois sur la peau par une traînée rougeâtre; quelquefois tout le membre s'engorge plus ou moins, tant à cause de l'extension de l'inflammation au tissu cellulaire du voisinage que des obstacles apportés à la circulation dans le tronc de la veine enflammée; alors la maladie prend l'aspect d'une sorte de phlegmon dont le centre correspond à la direction du vaisseau; l'ouverture de la plaie bordée par une couenne blanchâtre verse d'abord une suppuration ténue, peu abondante, qui devient ensuite plus opaque et plus épaisse, et dont on augmente l'écoulement en dirigeant la pression de haut en bas le long de la veine : parvenue à ce degré, la phlébite produit ordinairement une fièvre symptômatique sans caractères particuliers et en rapport avec l'é-

tendue de l'inflammation. Cette fièvre est même autant l'effet de l'engorgement phlegmoneux des parties qui environnent la veine, que de l'inflammation de la veine elle-même. La résolution et la guérison de la maladie peuvent encore être obtenues, mais quelquefois le vaisseau reste imperméable au sang. (*Observ.* XXI.e)

Le troisième degré est marqué par le développement de symptômes généraux extrêmement graves, sans que l'état local de la maladie puisse expliquer ce changement imprévu. Ce sont, comme nous l'avons dit, des frissons plus ou moins répétés, un grand état de prostration, une altération profonde de la face, un délire léger sujet à exacerbations nocturnes, une accélération et une mollesse remarquables du pouls, une gêne plus ou moins grande de la respiration; c'est en un mot alors que la phlébite prend la forme d'une fièvre grave, et qu'on voit survenir une foule d'affections locales secondaires.

Ces symptômes sont loin d'être aussi tranchés lorsque l'inflammation s'empare d'une veine située profondément, et dans ce cas il est plus facile de reconnaître ceux qui appartiennent à l'infection purulente que ceux qui dépendent uniquement de la phlébite (1). Leur marche et leur succession sont d'ailleurs plus ou moins rapides suivant une foule de circonstances, dont une des principales nous paraît tenir à la plus ou moins grande facilité, ou à l'impossibilité que le pus trouve à se propager dans le canal du vaisseau enflammé, suivant que son calibre est plus ou moins volumineux, plus ou moins perméable, ou qu'il est entièrement obstrué par des concrétions sanguines et des fausses membranes : de là vient que toutes les phlébites ne donnent pas lieu aux sym-

(1) On observe ordinairement une tuméfaction plus ou moins considérable du moignon, lorsqu'une phlébite survient après une amputation.

ptômes qui annoncent l'infection purulente, et que l'inflammation attaquant les mêmes veines peut, dans un cas, tout égal d'ailleurs, se compliquer de ce terrible accident, et dans l'autre en être entièrement exempte.

Après avoir exposé ces idées générales sur l'inflammation des veines, nous allons maintenant entrer dans quelques détails sur la phlébite utérine qui a été l'objet spécial de nos recherches.

De la phlébite utérine. — 1.° *Développement et propagation de la phlébite utérine.* — Cette maladie ne s'observe qu'après l'accouchement, lorsque les veines utérines, après avoir acquis un grand développement pendant le cours de la grossesse, viennent à perdre les adhérences qui les unissaient au placenta (1); elle prend ordinairement naissance à l'embouchure des sinus utérins mis à découvert par le décollement de ce corps spongieux, comme le fait une amputation à l'égard des veines d'un membre; les traces d'inflammation sont ordinairement plus profondes en ce point de l'utérus que partout ailleurs, et quelquefois on ne les observe qu'en ce point. (*Obs.* V^e^). L'inflammation se propage ensuite de proche aux innombrables veines qui serpentent dans les parois de la matrice, et comme ces veines sont intimement adhérentes au tissu de cet organe, qui les embrasse de toute part, la phlébite devient, pour ainsi dire, parenchymateuse, et se complique ordinairement de métrite. Elle peut

---

(1) M. Blandin, que nous avons eu occasion de citer plusieurs fois, nous a dit avoir observé cette phlébite devenue mortelle, à la suite de la ligature d'un polype utérin. On conçoit en effet que cette maladie puisse survenir dans ces circonstances, car certains polypes contiennent souvent un grand nombre de veines dans leur épaisseur, et amènent quelquefois un développement considérable de celles qui appartiennent aux parois de la matrice. Nous ne pensons pas toutefois que cette phlébite soit alors susceptible d'une extension aussi grande, et présente autant de gravité qu'après l'accouchement.

aussi être secondaire à cette dernière affection, et quoique dans ces circonstances les veines soient le plus souvent le siége de la suppuration, il n'est pas constamment vrai de dire que le pus ne puisse alors s'infiltrer ou se ramasser en petits foyers dans la substance même de la matrice. Nous avons rapporté dans notre dissertation inaugurale plusieurs faits qui justifient cette opinion; dans un cas nous avons trouvé la moitié du corps de l'utérus infiltré de pus et contenant çà et là de petits abcès. Ainsi le plus souvent la phlébite et la métrite marchent ensemble; mais quelquefois l'une ou l'autre de ces affections prédomine. La phlébite peut encore s'étendre hors de l'enceinte des parois de la matrice, suivre la direction des veines utérines fournies par l'hypogastrique, et plus souvent remonter le long des veines ovariques, et se répandre quelquefois jusques dans la veine cave inférieure et autres veines de l'abdomen. On trouve ordinairement alors des veines enflammées, dans l'épaisseur des ovaires, des ligamens ronds, le long des trompes, (car ces veines communiquent directement ou indirectement avec celles de l'utérus qui ont été le point de départ de la maladie), et à cette inflammation veineuse se joint presque constamment une tuméfaction, un engorgement sanguin et quelquefois de la suppuration dans la substance même des ovaires et des ligamens ronds. Lorsque les veines extérieures à la matrice sont enflammées, celles de ses parois le sont presque toujours en même temps, et l'on peut s'assurer par la continuation des unes aux autres, que la phlébite prend naissance dans cet organe; il peut se faire cependant que la phlogose cessant ou diminuant dans les veines utérines et persistant ou faisant de nouveaux progrès dans les veines abdominales, on trouve de très grands désordres dans ces dernières, tandis que les autres ne présentent point ou que très-peu d'altération (*Obs.* X°); mais ce n'est pas

une raison de croire que la maladie n'ait point débuté dans la matrice elle-même.

Très-souvent cette phlébite est, pour ainsi dire, unilatérale, c'est-à-dire qu'elle ne se propage que dans un système de veines appartenant à une des moitiés de la matrice. Cette particularité, que nous avons fréquemment observée, nous a paru dépendre des variations que subit le placenta relativement à son point d'insertion; plus rapproché d'un côté de la matrice que de l'autre, il laisse, après son décollement, des veines à découvert qui, venant à s'enflammer, communiquent plus directement avec les veines de ce côté; mais cet isolement de l'inflammation ne s'observe pas d'une manière aussi tranchée dans les veines qui sont incluses dans les parois de l'utérus. Voici, du reste, le résumé de nos observations à cet égard : sur huit cas l'inflammation s'est étendue trois fois aux deux veines ovariques en même temps (*Obs.* I.re, VI.e et X.e), une seule fois à la veine ovarique gauche (*Obs.* VIII.e), et quatre fois à la veine ovarique droite exclusivement (*Obs.* II.e, IV.e, VII.e et IX.e), d'où il suit que les veines du côté droit de la matrice paraissent plus exposées à l'inflammation que celles du côté gauche, remarque qui mérite d'être rapprochée de la suivante : c'est qu'il nous a semblé, d'après l'inspection cadavérique et les résultats fournis par l'auscultation appliquée à la recherche du placenta pendant la grossesse, que ce corps spongieux s'insérait plus souvent sur le côté droit que sur le côté gauche de la matrice. Dans la plupart de ces cas, l'ovaire et le ligament rond ont offert un engorgement sanguin et des veines en suppuration du côté correspondant à la veine ovarique enflammée, par conséquent, plus souvent à droite qu'à gauche, et d'un côté seulement que des deux côtés en même temps. Sur le même nombre de cas, les veines hypogastriques n'ont été trouvées enflammées que trois fois (*Obs.* VI.e,

VII.e et X.e), et plus souvent d'un seul côté que des deux côtés, et à droite qu'à gauche, comme les veines ovariques.

2.° *Causes.* La phlébite utérine se développe sous l'influence des mêmes causes que les autres espèces de phlébites. Plusieurs grosses veines de la matrice étant mises à découvert par le décollement du placenta, peuvent se trouver en rapport avec une surface enflammée, surtout lorsque l'accouchement a été laborieux, en contact avec des lochies altérées, des caillots de sang décomposés, des portions de placenta ramollies et putréfiées, circonstances qui sont à-peu-près les mêmes lorsque cette maladie survient à la suite d'une plaie suppurante de mauvaise nature. On voit même dans quelques cas (sans doute en vertu d'une certaine prédisposition), la phlébite se déclarer après l'accouchement le plus naturel, les suites de couche les plus régulières, de même qu'on l'observe quelquefois après l'opération la plus innocente, celle de la saignée, par exemple; mais souvent des erreurs dans le régime donnent l'essor à cette prédisposition, qui est d'ailleurs favorisée dans ses effets par la susceptibilité particulière des nouvelles accouchées. Nous reviendrons au reste sur ce dernier genre de causes, en parlant du traitement.

3.° *Symptômes.* — Le début de la phlébite utérine nous a paru souvent dater des premiers jours de l'accouchement; mais les vagues renseignemens que nous avons recueillis auprès des malades, ne nous permettent pas d'avancer rien de positif sur les symptômes qui appartiennent à cette première période. Quoi qu'il en soit, on voit bientôt survenir les phénomènes locaux suivans : le globe utérin s'engorge et forme une tumeur dure, arrondie, ordinairement appréciable par le toucher à l'hypogastre, dépassant quelquefois de plusieurs pouces le rebord supérieur des pubis, et conservant pendant tout le

cours de la maladie un volume considérable. Le retrait qu'il doit subir après l'accouchement semble être suspendu ; on dirait même, dans quelques cas, qu'il se dilate à mesure que l'inflammation fait des progrès; quelquefois cependant la phlébite attaquant un petit nombre de veines utérines, la matrice revient à-peu-près à son volume naturel, ce qui n'exclut point la propagation de l'inflammation aux veines extra-utérines. (*Obs.* X.^e) La pression, exercée sur le corps ou le bas-fond de cet organe à travers les parois abdominales, est plus ou moins douloureuse; mais il faut prendre garde de confondre avec une douleur morbide la sensibilité naturelle que la pression développe ordinairement dans l'utérus pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement ; il est encore nécessaire de bien interroger la sensation des malades pendant cette exploration, car, assez souvent, elles n'accusent que de la pesanteur dans le bassin et non une douleur bien tranchée ; quelques-unes mêmes ne se plaignent d'aucune souffrance particulière, surtout lorsque la maladie vient à se compliquer de délire (*Obs.* Ire), et d'autres éprouvent seulement un abattement et un malaise général dont elles ne peuvont rendre compte (*Obs.* VIe) Les lochies peuvent être diminuées ou supprimées, mais très-souvent une matière purulente, épaisse, blanchâtre ou bien sanieuse et ordinairement fétide, s'écoule par la vulve. (*Obs.* IIIe, VIe, VIIe et VIIIe) Le toucher par le vagin fait également reconnaître une augmentation de poids et de volume de l'utérus, en même temps qu'il dénote de la sensibilité vers cet organe, dont le col est chaud, plus ou moins tuméfié et ordinairement entr'ouvert de manière à permettre l'introduction du doigt dans sa cavité. (*Obs.* VIe, VIIe, VIIIe et IXe) Les urines sont quelquefois brûlantes au passage et rendues avec difficulté ; ce qui arrive lorsque l'inflammation s'étend aux parois du

vagin et au canal de l'urètre. Du reste, il n'existe point de vomissemens sympathiques comme dans la péritonite, à moins de complication de cette maladie; la fièvre est modérée, l'état général ne présente aucun caractère particulier. Mais lorsque l'inflammation se propage dans les veines ovariques et autres veines de l'abdomen, et que le pus vient à pénétrer dans le torrent circulatoire, alors on observe la plupart des symptômes que nous avons annoncés comme indiquant cette terrible complication. Parmi ces symptômes figurent en particulier un changement dans l'expression de la face, qui se décompose rapidement, un grand sentiment de faiblesse, une grande prostration, un délire irrégulier joint à une sorte d'insensibilité qui ôte aux malades la conscience de leurs douleurs; parfois une gêne considérable et imprévue de la respiration (*Obs.* VI.ᵉ et VII.ᵉ), ou bien un ictère (*Obs.* VIII.ᵉ et IX.ᵉ), un gonflement subit autour d'une ou plusieurs articulations. (*Obs.* VII.ᵉ) Le pouls est toujours fréquent et ordinairement dépressible, tous ces phénomènes s'accroissent et se terminent promptement par la mort (1).

5.° *Caractères anatomiques.* — A l'ouverture des cadavres des individus qui ont succombé à la phlébite utérine, on rencontre d'ordinaire les lésions suivantes : 1.° la matrice est plus volumineuse que ne le comporte l'époque qui s'est écoulée depuis l'accouchement; sa cavité est tantôt recouverte par une sorte de couenne grisâtre

---

(1) Si l'on compare ces symptômes avec ceux qui ont été observés dans beaucoup de fièvres graves décrites chez les nouvelles accouchées, on sera porté à penser que, parmi ces fièvres, quelques-unes n'étaient autre chose que des phlébites utérines compliquées d'infection purulente, car aucun auteur ancien n'a fait mention de l'inflammation des veines de la matrice après l'accouchement, quoique cette maladie ait probablement régné de tout temps; on expliquera peut-être ainsi l'opinion de certains médecins, de Charles White en particulier, qui ont considéré la fièvre puerpérale comme étant de nature putride.

qui semble provenir des débris altérés de la membrane caduque, tantôt baignée par une sanie ichoreuse et fétide; ses parois sont épaissies, ramollies, et d'une couleur brunâtre ou noirâtre. Ce ramollissement est d'autant plus marqué qu'on se rapproche davantage de la cavité utérine et du point qui a servi d'insertion au placenta; il est quelquefois tel que le doigt s'enfonce dans la substance de la matrice comme dans un poumon hépatisé; 2.° en même temps, les veines qui rampent dans l'épaisseur de cet organe sont remplies, en nombre plus ou moins considérable, d'un pus jaunâtre, blanchâtre, plus ou moins consistant; dont on augmente l'écoulement par la pression. Ces veines se présentent sous la forme de sinus tortueux qu'il est nécessaire de mettre à découvert à l'aide d'une sonde cannelée introduite dans leur cavité, sans quoi l'on ne se ferait point une idée exacte de l'étendue du mal, et l'on pourrait prendre l'ouverture partielle de chacun de ces vaisseaux pour autant de petits abcès développés dans la substance même de la matrice; leur surface interne est ordinairement ridée, opaque, blanchâtre, et quelquefois recouverte d'une pellicule pseudo-membraneuse ou d'une couche épaisse de pus; assez souvent ces traces de phlegmasie s'étendent aux veines ovariques, hypogastriques, et autres veines de l'abdomen: c'est pourquoi on ne doit jamais borner ses recherches à celles qui appartiennent uniquement aux parois de la matrice; 3.° enfin, dans les cas où des symptômes d'infection purulente se sont manifestés, on trouve, comme à la suite de la phlébite extérieure compliquée du même accident, des engorgemens purulens dans les poumons avec inflammation concomittante des plèvres, quelquefois des abcès dans la rate, le foie, le cerveau, des rougeurs et des ramollissemens dans la membrane muqueuse digestive, et, dans certains cas, de vastes suppu-

rations intrà ou extrà-articulaires que nous attribuons à la même cause, mais qui nous ont paru plus communes dans la phlébite utérine que dans les autres espèces de phlébites.

5.° *Diagnostic.* — Jusqu'ici nous ne sommes encore parvenus à distinguer la phlébite utérine de la métrite proprement dite, non par les phénomènes locaux qui sont à-peu-près les mêmes dans ces deux maladies, et qui se rapportent plutôt à la métrite qu'à la phlébite, mais par le cortége des symptômes propres à dénoter le passage du pus dans le torrent circulatoire, c'est-à-dire par des symptômes anomaux et étrangers à l'utérus qui s'ajoutent brusquement à ceux qui caractérisent une inflammation bornée à cet organe; mais la phlébite peut être soupçonnée avant cette époque, par cela seul qu'après l'accouchement elle coexiste fréquemment avec la métrite. Cette distinction ne mérite point, au reste, une grande importance, car les indications sont fondamentalement les mêmes dans le principe, et le traitement s'applique souvent à ces deux maladies en même temps. Un caractère différentiel, qui paraîtrait avoir quelque valeur, serait une douleur et un engorgement bien dessinés dans le trajet des veines ovariques (*Obs* IX.ᵉ). Une certaine œdématie des membres abdominaux, un certain empâtement du bas-ventre, pourraient encore annoncer, dans ces circonstances, que l'inflammation a pénétré dans les grosses veines de l'abdomen et s'oppose à la libre circulation du sang dans ces vaisseaux; mais, de tous ces caractères locaux, celui qui nous semble mériter le plus de confiance consiste dans le développement rapide et spontané d'abcès indolens en un point quelconque du tissu cellulaire sous-cutané (*Obs.* X.ᵉ), ou bien d'engorgemens de même nature autour d'une articulation (*Obs.* IV.ᵉ et VII.ᵉ). La péritonite complique souvent la métrite et la phlébite utérine; dans cette cir-

constance, l'acuité des douleurs par la plus légère pression du ventre, leur extension à toute la cavité abdominale, sans parler d'autres symptômes distinctifs, suffisent pour reconnaître cette complication; mais il est des cas plus obscurs dans lesquels la phlébite utérine pourrait être confondue avec des affections fort différentes. 1.° Ainsi, le délire est quelquefois tellement prédominant qu'il semble indiquer une inflammation cérébrale primitive sur laquelle reposent tous les symptômes (*Obs.* I.re). L'erreur est facile lorsqu'on est dépourvu de renseignemens sur les phénomènes qui ont précédé ce délire. 2.° Dans d'autres circonstances, une certaine rougeur de la langue jointe à un dévoiement plus ou moins abondant, peut en imposer pendant quelque temps pour une inflammation gastro-intestinale également primitive. (Obs. VI.e) 3.° Enfin, il ne serait pas impossible (et ceci concerne toute espèce de phlébite qui vient à se compliquer d'infection purulente) qu'on regardât les frissons qui surviennent communément alors comme les annonces d'une fièvre intermittente pernicieuse, d'autant plus que l'état des malades s'aggrave d'une manière inopinée, et que ces frissons reviennent quelquefois avec une sorte de périodicité. Dans tous ces cas, c'est par l'examen attentif de toutes les circonstances qui ont précédé le développement de ces symptômes et par l'exploration directe de l'état de la matrice qu'on peut espérer de prévenir l'erreur.

7.° *Pronostic et terminaison.* — Le pronostic de la phlébite utérine varie beaucoup suivant la période et l'étendue de cette inflammation. Quoique l'incertitude du diagnostic dans les premières périodes ne nous permette pas de dire quand et comment cette maladie se termine d'une manière favorable, car des observations concluantes manquent à cet égard ; nous pensons que, lorsqu'elle est attaquée convenablement dès son début, on

peut en arrêter la marche avec autant de facilité que celle d'une phlébite extérieure. On a même l'avantage d'agir sur un organe qui, tendant continuellement à se resserrer, efface peu-à-peu la cavité des veines qui rampent dans son épaisseur, d'où résulte nécessairement un obstacle physique à la propagation ultérieure de l'inflammation. Mais ordinairement les femmes du peuple ne viennent chercher du secours dans les hôpitaux, qu'après que la maladie a jetté de profondes racines ; telles ont été la plupart de celles qui ont fait le sujet de nos observations, et ce serait mal apprécier les chances de curabilité de cette affection, que de s'en rapporter uniquement à ces cas.

Tant que l'inflammation est bornée aux veines des parois de la matrice, on peut espérer beaucoup des efforts de l'art et de ceux de la nature; mais lorsqu'elle se propage aux veines ovariques, l'infection purulente et ses suites sont grandement à redouter. Il résulte, en effet, de nos observations, que, toutes les fois que des abcès se sont développés dans les poumons, l'inflammation des veines des parois de la matrice s'était étendue jusqu'aux veines ovariques (*Obs.* VI.ᵉ, VII.ᵉ, VIII.ᵉ, IX.ᵉ et X.ᵉ). Cependant la même inflammation propagée également aux veines ovariques, n'a pas toujours été accompagnée de cette formation d'abcès (*Obs.* I.ʳᵉ, II.ᵉ et IV.ᵉ). A tout prendre, cette maladie est plus grave que la métrite simple, en ce qu'elle peut être l'occasion de désordres beaucoup plus étendus et plus inévitablement mortels. Elle s'est terminée d'une manière funeste à-peu-près à la même époque après l'accouchement pour la majorité de nos observations (au 19.ᵉ, 21.ᵉ, 15.ᵉ 19.ᵉ 6.ᵉ, 18.ᵉ, 18.ᵉ, 21.ᵉ et 29.ᵉ jour); c'est-à-dire en général dans le courant ou sur la fin du troisième septenaire. L'observation X.ᵉ fait une exception remarquable et prouve que la

phlébite utérine peut se prolonger pendant long-temps, et devenir mortelle, même quatre mois après l'accouchement.

8.° *Traitement.* — Les moyens prophylactiques méritent ici la plus grande attention, car il est beaucoup plus facile de prévenir que de guérir la phlébite; c'est pour cette raison que nous avons insisté longuement sur les causes et les accidens propres à cette maladie. Les recherches auxquelles nous nous sommes livrés à ce sujet nous semblent devoir apporter quelques modifications, non seulement dans le traitement de la phlébite, mais encore dans la pratique des opérations chirurgicales et dans les méthodes ordinaires de pansement applicables aux plaies ou aux blessures. Elles commandent en premier lieu la plus grande réserve dans l'emploi de ces opérations dont les plus simples peuvent se compliquer d'inflammations veineuses toujours graves, à plus forte raison lorsqu'elles intéressent des parties pourvues d'un grand nombre de veines : elles mettent dans l'obligation étroite de choisir, entre les modes opératoires, ceux qui donnent lieu à des plaies moins larges, moins sinueuses, et surtout moins exposées au contact de l'air ou des matières irritantes, en évitant, autant que faire se peut, la lésion de grosses veines qui, plus tard, doivent faire partie de la surface suppurante. Peut-être devrait-on faire entièrement abstraction des opérations qui agissent directement sur le tronc d'une veine, telle que la ligature de la saphène dans les varices. Nous avons connaissance de plusieurs cas de ce genre dans lesquels les accidens les plus graves et même la mort sont survenus par suite de phlébite; ces cas sont d'autant plus malheureux que les varices sont par elles-mêmes moins une maladie qu'une infirmité rendue très-supportable à l'aide de moyens moins aventureux.

Relativement au pansement des blessures, surtout quand elles intéressent quelques veines d'un certain calibre, ne serait-il pas convenable de clore immédiatement toutes celles dont l'ouverture n'est pas nécessaire à l'issue d'un corps étranger, afin de prévenir le contact do l'air à leur surface ? Cette pratique est suivie depuis long-temps avec le plus grand succès par M. le professeur Dupuytren, dans les fractures compliquées de déchirure à la peau. Ne devrait-on pas adopter avec rigueur, pour le même motif, la réunion immédiate des plaies simples, résultant d'une opération ou d'un accident; préférer, tout étant égal d'ailleurs, aux amputations circulaires, les amputations à lambeaux, qui présentent des conditions plus favorables à ce mode de réunion; tenter même, plus souvent qu'on ne le fait, la guérison par première intention des plaies compliquées; car plus on se rapprochera de ce but, plus on éloignera les chances d'une phlébite ? On conçoit d'ailleurs combien il est important d'empêcher le croupissement du pus sur toute surface suppurante où viendraient aboutir une ou plusieurs veines, toutefois sans multiplier trop souvent les pansemens qui donneraient accès à l'air; d'éviter, dans les mêmes circonstances, l'emploi des topiques irritans, des bandages ou des appareils trop serrés qui pourraient accroître l'inflammation et la faire pénétrer jusques dans l'intérieur de ces vaisseaux.

Lorsqu'après l'accouchement, des caillots de sang ou des portions de placenta séjournent dans l'utérus, des injections émollientes faites dans la cavité même de cet organe et non dans celle du vagin, comme on le pratique habituellement, ne seraient-elles pas un moyen précieux, non seulement pour déterger sa surface et entraîner des matières irritantes qui se forment à l'embouchure des sinus utérins, mais encore pour calmer l'in-

flammation et favoriser le dégorgement de ce viscère ? Ce moyen n'est point nouveau comme nous l'avions pensé d'abord, l'expérience a déjà parlé en sa faveur, au moins dans les cas où une portion d'arrière-faix restée dans l'utérus donne lieu à des accidens redoutables. On peut voir dans les mémoires de l'Académie de Chirurgie (1) un travail *ex professo* sur ce sujet par Recolin. Cet auteur rapporte trois observations qui prouvent incontestablement les avantages de ces espèces d'ablutions utérines, dans un cas en particulier où des symptômes graves annonçaient une inflammation imminente dans le bas-ventre; chacune des injections faites à plusieurs reprises dans la cavité de la matrice fut suivie presque instantanément d'un soulagement remarquable et bientôt de la guérison avec sortie d'un fragment de placenta à moitié putréfié. Recolin se servait d'une seringue dont le tuyau était convenablement recourbé, pour faire ces injections; on pourrait employer dans le même but une sonde en gomme élastique, adaptée à l'extrémité de cet instrument et portée jusqu'à l'entrée du col utérin; il les pratiquait du reste simplement avec de l'eau chaude qu'il préférait à tout autre liquide comme étant plus dissolvant et plus détersif, et les renouvelait plusieurs fois dans la journée suivant l'urgence des accidens et chaque ois jusqu'à ce que cette eau ressortît de l'utérus sans avoir de l'odeur. Le même procédé devrait être mis en usage après l'accouchement dans les cas de suppression des lochies, de tension, de douleur vers l'utérus, ou de métrite confirmée.

Quant au traitement applicable à la phlébite elle-même, c'est ordinairement aux antiphlogistiques qu'on a recours; ils doivent, en effet, être employés avec énergie dans

(1) Tome III, page 202.

les deux premiers degrés de cette affection, en ayant soin d'appliquer les sangsues toujours en grand nombre à la fois, d'abord au niveau du point où la maladie prend naissance, et plus tard dans des points plus élevés et correspondans à la direction centripète du vaisseau enflammé; car l'irritation se propage ordinairement dans cette direction. A l'égard de la phlébite utérine la saignée nous paraît de beaucoup préférable à l'emploi des sangsues, elle dégorge plus promptement la matrice, favorise son retrait; par là le calibre de ses veines est diminué, et, comme nous l'avons dit, la propagation de l'inflammation, ainsi que le transport du pus sont moins à redouter. Nous avons eu d'ailleurs plusieurs fois l'occasion de constater dans la pratique de M. Husson, médecin à l'Hôtel-Dieu, les bons effets des émissions sanguines générales appliquées aux inflammations utérines. A ces moyens antiphlogistiques de premier ordre se rattachent les bains, les fomentations, les cataplasmes émolliens, les boissons tempérantes, et tout ce qui concerne le régime des maladies aiguës.

Mais s'il est vrai que les inflammations veineuses se propagent par l'effet du transport du pus, et deviennent dangereuses par le mélange de ce produit morbide avec le sang, ne serait-il pas rationnel d'employer la compression entre le cœur et la veine enflammée, lorsque cette dernière est située superficiellement? non pour déterminer une inflammation adhésive (douteuse ou trop longue à obtenir par ce moyen), entre les parois du vaisseau, et borner ainsi la maladie, comme l'ont conseillé J. Hunter, Reil et Abernethy, mais pour prévenir le passage du pus dans le torrent circulatoire par l'occlusion mécanique de la veine, en un point où elle n'a pas été encore envahie par l'inflammation. Hunter, au rapport d'Hogdson, fit une fois l'essai de cette pratique, et elle

réussit selon ses désirs; cette compression agirait au reste de la même manière que le retrait de l'utérus sur les veines de cet organe.

Dans le troisième degré de la phlébite ne devrait-on pas mettre en usage les médicamens dits antiseptiques ? car la saignée ne paraît point appropriée à l'espèce d'infection qui résulte du mélange du pus avec le sang; la prostration générale, la faiblesse du pouls qui se remarquent alors, paraissent aussi contr'indiquer toute émission sanguine; toutefois il semble, théoriquement parlant, que les saignées devraient soustraire au sang une certaine quantité du pus qu'il contient, et par là diminuer les effets de cet agent délétère; c'est à l'expérience à prononcer.

Un point important sur lequel nous ne saurions assez insister, en terminant ces considérations thérapeutiques, consiste dans l'éloignement des causes propres à favoriser le développement des inflammations veineuses chez les nouvelles accouchées. Le plus souvent les femmes du peuple, impatientes de reprendre leurs occupations, consacrent à peine quelques jours à se refaire des douleurs et des travaux de l'enfantement; elles quittent en général le lit, et abandonnent prématurément les hôpitaux, où les plus malheureuses viennent accoucher. Dans ces circonstances on devrait toujours avoir présent à l'esprit cette pensée de Sydenham : « *Diu est à quò mihi subiit in mentem*, dit-il, *quod ex iis quæ moriuntur puerperis, vix decima quæque, ut modeste computemus, vel ex eo perit quod vires partui necessariæ eam defecerint, vel ex doloribus partum laboriosiorem comitantibus; at eo maximè nomine quòd debito citiùs lecto exsurgat*..... » (1). En effet, les ébranlemens qui

(1) Sydenham, *Opera medica*, tom. prim., pag. 279.

se communiquent alors à l'utérus par le fait seul de la marche, sont capables de provoquer ou d'exaspérer une inflammation du tissu et des veines de la matrice, comme le feraient les mouvemens inconsidérés de l'avant-bras à l'égard de la veine sur laquelle on vient de pratiquer une saignée. La plupart de ces femmes se croient exemptes de tout accident lorsqu'elles sont arrivées au neuvième jour après l'accouchement, et négligent souvent les précautions hygiéniques que réclame encore leur position, elles se vêtissent légèrement, s'exposent au froid, à l'humidité, prennent des boissons excitantes, des alimens en trop grande quantité. Delà des refroidissemens qui suppriment les lochies, arrêtent la transpiration, des indigestions qui dérangent le travail nécessaire au dégorgement complet de l'utérus. Trop heureuses celles qui obéissent aux premiers avertissemens des douleurs, et réclament des secours opportuns! mais souvent elles marchent d'imprudences en imprudences, et rendent infructueux tous les efforts de l'art, surtout lorsque l'allaitement maternel ne vient point contrebalancer l'activité morbide du système utérin.

La nouvelle accouchée devrait, à notre avis, être aussi soigneuse de son régime que si elle était dans la convalescence d'une maladie grave, et ce n'est pas par le nombre des jours qui se sont écoulés depuis l'accouchement, qu'on doit calculer le moment où elle peut se lever et reprendre ses occupations sans danger, mais bien par la manière dont les suites de couches se sont passées, et surtout par le degré de contraction et de dégorgement qu'a subi l'utérus, genre de travail qui est plus ou moins long suivant les individus, comme nous l'avons indiqué dans notre Dissertation inaugurale; tant que cet organe est appréciable par le toucher à l'hypogastre, la moindre imprudence peut avoir des suites funestes.

Observation de fracture du crâne, et disjonction de la suture fronto-pariétale avec contusion du cerveau et encéphalite; par M. ROBERT, *ancien interne des hôpitaux civils de Paris, membre de la Société anatomique.*

Chauveau (Reine), âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, quoique adonnée sans réserve à l'ivrognerie, tomba dans un escalier, pendant la nuit, et fut transportée à l'Hôtel-Dieu, le lendemain au matin, sans qu'on pût avoir aucun renseignement sur ce qu'elle avait éprouvé depuis sa chute. Elle fut couchée, salle Saint-Côme, dans le service dirigé par M. Sanson. Voici dans quel état elle se trouvait à son entrée : trouble des idées ; air inquiet, œil hagard ; parole brusque ; elle opposait une assez grande résistance à ce qu'on la déshabillât, et l'on fut obligé de la contenir à l'aide du gilet de force.

Tous les membres étaient également sensibles et mobiles ; le pouls était fréquent et développé.

La partie antérieure de la tempe gauche, la région voisine du front et de l'orbite offraient un gonflement et une ecchymose considérables. Le point correspondant à l'apophyse orbitaire externe du coronal était mou, dépressible, et pouvait simuler une fracture avec enfoncement de cet os. Sur les membres existaient plusieurs traces de contusion (*Saignée de trois palettes; résolutifs sur la tempe et le front, infusion de fleurs de tilleul et d'oranger*).

Le deuxième jour, même état ; soif intense ; dévoiement léger (*Saignée; lavement émollient, avec addition de dix gouttes de laudanum de Rousseau ; serum*).

Le troisième jour, peu d'agitation ; pas de sommeil ;

paroles incohérentes ; douleurs légères à la partie antérieure de la tête ; soif très-vive ; langue un peu rouge sur ses bords ; pouls assez fréquent et peu développé. (*Dix sangsues derrière chaque oreille ; serum*).

Le quatrième, trouble des idées peu marqué ; faiblesse légère du bras gauche ; embarras de la parole ; pesanteur de tête ; soif intense ; douleur à la région épigastrique. A des distances plus ou moins grandes et ordinairement toutes les quatre ou cinq minutes ont lieu des accès épileptiformes ; les yeux deviennent tout-à-coup immobiles et se dirigent bientôt fortement à gauche : les paupières de ce côté sont agitées de mouvemens convulsifs ainsi que la commissure labiale correspondante, qui, de plus, est fortement déviée dans le même sens ; le cou se gonfle ; le larynx subit des mouvemens rapides d'élévation et d'abaissement. Le tronc se courbe latéralement de manière à devenir concave au flanc gauche. Les membres du même côté, d'abord fortement étendus, sont ensuite agités de mouvemens alternatifs de flexion et d'extension, ou de tremblemens convulsifs. La respiration est haute et précipitée ; le pouls très-fréquent, il y a insensibilité à tous les stimulans. Cet état persiste pendant un quart de minute environ et fait place à une stupeur qui se dissipe par degré (*Douze sangsues derrière chaque oreille. Leurs piqûres saignent abondamment pendant toute la journée*).

Le cinquième jour, les accès sont moins fréquens. (*Vingt sangsues ; sinapismes aux jambes*).

Le soir, ils ont presque entièrement disparu. La faiblesse du bras gauche n'est plus appréciable. La malade paraît calme, et répond très-bien aux questions qu'on lui adresse. Elle assure n'avoir jamais été malade avant cet accident, et n'être pas sujette à l'épilepsie (les ren-

seignemens pris hors de l'hôpital ont été conformes à ceux qu'elle a fournis),

Le sixième. jour, état très-bon, plus d'accès; le dévoiement est calmé. On s'aperçoit alors seulement que la malade est affectée d'un écoulement vaginal très-abondant et puriforme.

Le septième jour, au matin, sans cause appréciable, les accès sont revenus aussi fréquens et aussi forts qu'auparavant. Le bras gauche est flasque et retombe lorsqu'on le soulève. La sensibilité y est obtuse. La jambe de ce côté offre les mêmes symptômes, mais à un degré moins marqué. Du reste, pouls petit et fréquent; face peu animée; œil fixe; douleur à la tête et à l'estomac; odeur de souris très-marquée (*Douze sangsues derrière les oreilles; rubéfians aux jambes; boissons émollientes*).

Le soir, même état (*Dix sangsues*).

Le huitième jour, pas de changement (*Quatre sangsues derrière chaque oreille; leur application réitérée plusieurs fois pendant une partie de la journée, entretient un écoulement de sang continuel. Rubéfians aux extrémités; sur la tête, compresses imbibées d'eau froide, fréquemment renouvelées*). La tuméfaction et l'ecchymose des tégumens du crâne sont en grande partie résorbées; les os paraissent intacts.

Du huitième au douzième jour, les accès diffèrent peu de fréquence et d'intensité. L'état de la malade, dans leurs intervalles, reste aussi variable; l'affaissement néanmoins semble aller en croissant. La bouche se dévie légèrement à droite : la parole est un peu embarrassée; la faiblesse des membres du côté gauche devient très-prononcée; le supérieur est plus affecté que l'inférieur, et la sensibilité plus diminuée que la motilité. La malade conserve assez bien ses facultés intellectuelles, et se

plaint toujours de la tête et de l'épigastre; elle a une soif excessive et ne sort de son état d'affaissement que pour demander à boire, et avoir immédiatement après un accès de mouvemens convulsifs. Le dévoiement a fait place à la constipation; la respiration est libre; le pouls petit, mou et fréquent. On insiste, mais sans succès, sur les boissons délayantes, les applications de sangsues derrière les oreilles, en petit nombre et souvent répétées; les rubéfians sur les extrémités inférieures, et quelques lavemens purgatifs.

Le treizième et le quatorzième jour au matin, la faiblesse est extrême; les accès, fort violens, se succèdent à de courts intervalles; l'hémiplégie est plus prononcée; l'intelligence libre; la tête et le cou sont renversés en arrière; la malade porte souvent la main droite à la tête et demande à boire à chaque instant.

Le quatorzième jour au soir, les yeux sont entr'ouverts et immobiles; les pupilles contractiles et médiocrement dilatées; la sensibilité est obtuse; la déglutition très-difficile, la respiration stertoreuse; le pouls fréquent, très-petit; la malade demande sans cesse à boire, d'une voix éteinte. Dans la nuit, la respiration s'embarrasse davantage. Les accès de mouvemens convulsifs augmentent d'intensité. La malade expire à quatre heures du matin.

Nécropsie faite 24 heures après la mort. — Infiltration sanguine du tissu cellulaire qui revêt la moitié gauche du crâne, et le voisinage de la suture fronto-pariétale qui est disjointe dans la plus grande partie de son étendue. Il existe là entre les os un intervalle de demi-ligne au moins, rempli de sang concret. L'angle antérieur inférieur du pariétal droit offre une félure qui s'étend jusqu'à la suture squammeuse. La dure-mère est intacte. Au niveau de la face convexe de l'hémisphère, l'arach-

noïde contient deux ou trois onces de sang brunâtre, fluide. Un caillot assez consistant, de même poids environ, épais de quatre ou cinq lignes dans sa partie centrale, et d'une couleur de chocolat, adhère assez fortement au feuillet méningien de cette membrane. Il recouvre presque toute la face convexe de l'hémisphère droit, dont il déprime les circonvolutions. Une couche mince de sang demi-coagulé occupe les fosses cérébrales droites antérieure et moyenne, ainsi que la face supérieure de la tente du cervelet. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sang. Le lobe moyen de l'hémisphère droit offre à sa partie externe une contusion dont la surface égale celle d'une pièce d'un franc, et qui s'étend à quatre ou cinq lignes de profondeur. La substance cérébrale y est convertie en une bouillie brunâtre; mais, à la circonférence de cette désorganisation, elle reprend graduellement sa consistance et sa couleur.

Le feuillet de l'arachnoïde qui recouvre l'hémisphère gauche présente un peu d'épaisseur et d'opacité. Les parties centrales du cerveau n'offrent pas d'altération. Les ventricules contiennent au moins une once de sérosité. Le cervelet est sain.

La membrane muqueuse qui occupe tout le grand cul-de-sac de l'estomac, est mince, molle et d'une couleur jaune grise ponctuée de rouge. Vers le pylore elle est seulement grisâtre. A l'origine du duodénum, dans l'étendue de trois pouces, ponctuation rouge très-prononcée. Dans le reste de l'intestin, couleur grise, et développement remarquable de plusieurs follicules. Le foie est sain; la vésicule biliaire est très-petite et fibro-cartilagineuse. Elle contient et embrasse étroitement un calcul du volume d'une aveline, ovoïde, blanc et demi-transparent. Le canal cystique est presque oblitéré. Les

conduits hépatique et cholédoque sont dans l'état normal. Rien de remarquable dans les autres viscères, si ce n'est une couleur rouge grisâtre de toute la membrane muqueuse du vagin qui est recouverte d'un fluide puriforme. Cette altération s'étend jusque sur le col utérin, et disparaît insensiblement dans sa cavité, à trois lignes de profondeur.

Cette observation peut donner lieu à quelques réflexions qui ne nous semblent pas dénuées d'intérêt. Nous ne parlons pas de la facilité qu'on eût eue pendant les dix ou douze premiers jours, à croire le coronal fracturé et enfoncé dans le point central de la contusion : cette remarque a été faite par J.-L. Petit, et par d'autres encore avant lui.

La disjonction des os qui forment la suture fronto-pariétale, chez une femme de 50 ans, et la fêlure de l'angle antérieur inférieur du pariétal droit n'ont pu s'opérer sans une chute violente, et sans que le cerveau n'ait subi un ébranlement proportionné. Cependant la malade, à son entrée, n'a présenté aucun des symptômes de la commotion. Dans la contusion du cerveau, on remarque ordinairement cette circonstance qui paraît tenir à ce que les effets du choc se sont concentrés et épuisés dans le tissu contus. Pendant les trois premiers jours, l'état de la malade était loin de faire présumer la gravité de la lésion qu'elle portait. La contusion était peu étendue, il est vrai, et n'affectait pas des parties de l'encéphale dont l'intégrité fut immédiatement nécessaire à l'entretien de la vie. Nous devons le dire : ce calme trompeur accompagne souvent les premières périodes de la contusion du cerveau; il dure ordinairement cinq ou six jours. M. Dupuytren l'a vu se prolonger jusqu'au vingtième et au trentième. Ici, c'est le quatrième jour que l'inflammation, suite inévitable de toute lésion traumatique,

s'est développée autour du foyer de la contusion; alors, mouvemens épileptiformes, avec mélange de paralysie. Un traitement antiphlogistique, habilement combiné avec les révulsifs, a paru enrayer pendant quelque temps les phénomènes inflammatoires. Mais l'amélioration a été de courte durée. Les mouvemens convulsifs ont reparu; la paralysie a fait des progrès par la désorganisation successive des parties enflammées. Voilà bien la marche d'un ramollissement du cerveau, d'une encéphalite.

Nous devons aussi tenir compte de l'épanchement sanguin, qui a été assez considérable pour déprimer notablement la face convexe de l'hémisphère droit : mais il est difficile de tracer la part qu'il a eue dans la production des symptômes. L'aspect du sang fait présumer qu'il datait des premiers instans qui ont succédé à la chute, quoique aucun phénomène morbide ne l'ait précisément indiqué. Le cerveau s'habitue aisément aux compressions, lorsqu'elles ont lieu d'une manière lente et graduelle. Mais il doit paraître étonnant qu'un épanchement qui a dû être primitif et s'effectuer assez rapidement, n'ait pas produit de trouble plus marqué dans l'innervation.

Enfin, nous ferons observer que les parties droites des tégumens du crâne n'offrant aucune trace de violence extérieure, il faut admettre que la félure du pariétal droit, l'épanchement et la contusion du cerveau ont eu lieu par contre-coup, circonstance assez rare dans les plaies de tête.

Des congestions sanguines cérébrales avec symptômes épileptiformes, qui surviennent chez les aliénés; par A. Brierre de Boismont, *D. M. P.*

de la vie. Il ne saurait y avoir le moindre doute sur ce fait, qu'il est d'ailleurs facile de vérifier dans les établissemens particuliers (1). Mais la vie ne se prolonge ainsi chez les aliénés qu'autant qu'ils sont l'objet d'une surveillance active, parce que les causes irritantes qui déciment tous les jours nos populations, sévissent avec encore plus de fureur contre les malheureux insensés. On sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur ce feu interne, prétendu talisman, qui les préservait de l'action des agens extérieurs. Les inflammations pulmonaires et intestinales se sont chargées de répondre à ce dangereux sophisme. Nous ne nous arrêterons point sur ces deux maladies qui, soit dit en passant, ne sont pas étudiées chez les aliénés avec toute l'attention qu'elles méritent; nous ne nous occuperons dans ce mémoire que d'une affection que l'on rencontre fréquemment chez ces sortes de malades, et dont la marche rapide ne permet pas la plus légère hésitation, nous voulons parler des congestions sanguines cérébrales avec symptômes épileptiformes. Cette complication des maladies mentales a été notée par quelques observateurs; et dans ces derniers temps, MM. Esquirol, Calmeil et Bayle ont fait voir que les aliénés atteints de paralysie générale, étaient sujets à cet accident. Cette remarque ne nous avait point échappé, mais comme nos observations n'ont pas seulement rapport aux aliénés paralysés, nous croyons que leur publication présentera quelqu'intérêt sous le rapport de l'étiologie, du pronostic et du traitement de cette affection.

Obs. I.re — Démence au premier degré, congestions sanguines épileptiformes et paralysie momentanée. — M. D...,

(1) Dans les établissemens publics, les malades sont, sans doute, traités avec humanité, mais ils ne peuvent recevoir tous ces petits soins que la fortune peut seule procurer.

âgé de 45 ans, ex-inspecteur des mines, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, dans le courant de l'année 1824, ses parens s'aperçurent qu'il donnait des signes d'aliénation mentale. Jusqu'à cette époque ses facultés intellectuelles s'étaient conservées dans toute leur intégrité. Doué d'un jugement remarquable, d'une grande aptitude pour les sciences naturelles et mathématiques, D.... avait montré tout jeune une passion extrême pour l'étude. A 16 ans, il fut nommé premier élève de l'École polytechnique; appelé bientôt après à remplir les fonctions d'inspecteur des mines, il continua à se livrer au travail avec ardeur. Cette contention d'esprit développa le germe de la maladie que dut accroître une grande sévérité de principes. Conduit dans l'établissement de M. Esquirol, il y reçut pendant un an les soins que sa position réclamait, sans que le trouble de ses idées fut entièrement dissipé. Le changement de lieu paraissant offrir quelques chances de succès, il fut transporté chez le docteur Blanche, à Montmartre. Lors de son entrée dans cette maison (en 1825) il avait encore beaucoup de rectitude dans le jugement, ses idées étaient nettes et précises; il s'entretenait volontiers avec les personnes qui lui parlaient de sciences. Sa mémoire était excellente; mais quand il avait causé trop long-temps ou qu'il se trouvait excité par un motif quelconque, ses idées s'embrouillaient, il déraisonnait et finissait par se fâcher. Peu-à-peu les momens lucides devinrent plus rares; en l'examinant avec soin on s'aperçut qu'il y avait de l'incohérence dans ses discours; la santé physique était bonne. D.... était habituellement calme et tranquille, il se promenait une partie de la journée. Toutes les fonctions s'exécutaient bien, peut-être l'appétit était-il un peu trop vif. Tel était l'état de M. D...., lorsque dans les premiers jours du

mois de juin 1828, il eut deux légères attaques d'épilepsie dont la durée fut très-courte. Des boissons délayantes furent administrées. Quatre jours après la dernière attaque, M. Blanche et moi nous remarquâmes, au moment où il se mettait à table, qu'il avait par momens la voix plus haute et plus brève que d'habitude, il parlait seul avec vivacité et colère. Ce symptôme disparut presqu'aussitôt, nous eûmes cependant la précaution de diminuer la quantité de ses alimens. L'après-dîner il n'offrit rien de remarquable, mais le lendemain soir M. D.... tomba tout-à-coup sans connaissance et fut agité de mouvemens convulsifs assez violens; les lèvres étaient bleues; la bouche légèrement écumeuse; les facultés intellectuelles abolies. Quarante sangsues furent placées au cou, on prescrivit une boisson laxative. Le matin du 15, nous le trouvâmes dans le même état, l'intelligence était toujours nulle, les membres agités de mouvemens convulsifs, il refermait les doigts lorsqu'on les écartait, les lèvres étaient bleuâtres, couvertes d'une légère écume, les paupières étaient closes. Le malade ne manifestait point de douleur lorsqu'on lui pinçait la peau, le pouls était très-développé, dur, la respiration haute et fréquente, le visage médiocrement coloré. Quand les mouvemens convulsifs cessaient, il y avait résolution complète. Avant cet accident, il n'existait point le plus léger embarras dans la langue, et la démarche était ferme et assurée. La position de M. D.... nous parut très-grave; cependant nous pensâmes qu'une médication énergique pouvait encore apporter quelques chances de succès : en conséquence, nous prescrivîmes une large saignée de bras, quarante sangsues derrière les oreilles, deux sinapismes aux jambes, une boisson émétisée et un lavement purgatif. On a blâmé l'usage des boissons émétisées et de lavemens purgatifs dans les congestions cérébrales; mais les nom-

breux exemples que j'ai eus sous les yeux d'individus rendus à la vie dans de pareils cas, lorsqu'on parvenait à stimuler le tube intestinal, ne me feront point abandonner cette pratique, sauf les cas d'irritation des organes digestifs. Le 16, il n'y avait point d'amélioration, le coma était toujours profond, les mouvemens convulsifs avaient presqu'entièrement cessé, le pouls était plein et dur, la respiration un peu stertoreuse, la langue était jaunâtre, l'épigastre douloureux à la pression, le malade avait recouvré la sensibilité. Une saignée de pied fut faite, quarante sangsues furent placées sur l'épigastre, et les sinapismes promenés sur les différentes parties des extrémités inférieures, on prescrivit une boisson délayante. Le malade revint un peu à lui, il ne répondait point aux questions, mais par un mouvement de tête il faisait voir qu'il avait compris ce qu'on lui disait.

Le jeudi 17, son facies avait encore un air étonné; mais le retour à l'intelligence habituelle avait visiblement lieu. Quarante sangsues furent mises à l'anus. Les boissons délayantes et les lavemens furent continués jusqu'au mardi 22. A cette époque, il restait encore un peu d'étonnement; nous prescrivîmes deux vésicatoires aux jambes. Quelques légers symptômes de congestion s'étant manifestés le 23, ils furent presqu'aussitôt réprimés par l'application de quarante sangsues derrière les apophyses mastoïdes.

Le 26, l'amélioration était évidente, et comme le tube intestinal ne présentait aucun signe d'irritation, le bouillon aux herbes émétisé fut donné au malade, qui le lendemain prit un grand bain. Jusqu'à ce moment, on l'avait tenu à la diète la plus rigoureuse; mais comme le rétablissement avait lieu de jour en jour, on remit M. D.... peu à-peu à l'usage des alimens. On lui donna pendant quelque temps des lavemens purgatifs, de l'eau de Sedlitz, et quelques grains de jalap.

Le 5 juillet, le malade avait entièrement repris ses habitudes, il mangeait à la table commune, sa raison n'avait point éprouvé de nouveau choc de cette terrible secousse.

Obs. II.° — Démence au second degré; congestion sanguine avec attaques épileptiques; perte momentanée de sensibilité du côté droit. Guérison. — M. C...., d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution, né avec les passions très-ardentes, s'abandonna de bonne heure aux plaisirs de l'amour et de la table. Ces excès long-temps continués eurent une influence fâcheuse sur son cerveau ; son imagination s'exalta, il donna des signes de folie si manifestes qu'on fut obligé de le conduire dans une maison de santé de la capitale. Là, tous les secours lui furent prodigués, et au bout de trois mois il était rétabli. Malheureusement ses parens qui le croyaient entièrement guéri, parce qu'il avait recouvré l'usage de ses facultés intellectuelles, le firent sortir trop tôt. En rentrant ainsi prématurement dans le monde, il se trouva exposé aux causes qui avaient déterminé la maladie ; trop faible pour leur résister, il y succomba de nouveau ; mais ce fut cette fois pour ne plus se relever. M. le docteur Blanche fut chargé de lui donner des soins. A cette époque C.... était en proie à une manie assez intense qui dura plusieurs mois. Au bout d'un an, l'aliénation mentale changea de type, elle se convertit en une démence, d'abord peu appréciable, qui est devenue plus sensible avec le temps, sans néanmoins que l'expression de la face en ait été notablement altérée. Sept années se passèrent ainsi sans rien présenter de bien saillant dans la marche de la maladie ; seulement M. C... avait contracté une habitude très-singulière, il tournait continuellement sur lui-même avec une extrême rapidité. Lorsqu'on l'interrogeait sur la cause de ce mouvement, il ré-

pondait qu'il cherchait à élever l'eau à des milliers de pieds, ou bien qu'il faisait aller des machines. Pendant ce long intervalle, sa santé avait toujours été bonne; aucun phénomène nouveau ne faisait craindre d'accident prochain, lorsque le 10 juillet 1828, à l'instant de se mettre à table, je le vis faire quelques mouvemens inaccoutumés, et répondre d'une manière singulière aux observations qu'on lui adressait. Dès lors M. Blanche et moi, qui avions eu plusieurs fois l'occasion d'apprécier la valeur de ce signe, nous nous empressâmes d'examiner minutieusement l'état des fonctions; aucun symptôme ne décélait un désordre intérieur; mais redoutant quelqu'accident nous le mîmes à la diète. Nos craintes ne furent que trop justifiées : le lendemain 11, il fut renversé par terre sans connaissance, agité de mouvemens convulsifs assez violens. On le releva, et on le plaça sur son lit; les mouvemens convulsifs se répétaient d'instant en instant; les lèvres étaient bleuâtres et couvertes d'une légère écume; le malade se débattait fortement entre les bras des domestiques qui le tenaient; lorsque cette agitation eut cessé, on s'aperçut que le côté droit avait perdu la sensibilité. Les facultés intellectuelles étaient anéanties, la respiration haute et précipitée, le pouls plein et fréquent. A l'instant mon confrère Blanche lui pratiqua une forte saignée du bras, prescrivit soixante sangsues à la base du crâne, deux larges sinapismes aux cuisses, une tisane d'orge miellé. Le soir, il fit une saignée de pied.

Le lendemain 12, tous les symptômes persistaient. La boisson délayante fut continuée; on administra un lavement purgatif avec une décoction de quatre gros de séné.

Le 13, l'état comateux n'avait point changé; le pouls était dur et fréquent, la face assez rouge, les yeux fermés. Soixante sangsues furent appliquées autour des mal-

léoles pour tenir lieu d'une nouvelle saignée de pied, qui avait donné peu de sang. Des cataplasmes émolliens furent mis après la chute des sangsues. On prescrivit de l'orge miellée et émétisée, un lavement purgatif avec deux gros de séné; à neuf heures du soir, on plaça deux sinapismes sous la plante des pieds. Le dimanche 14, il y avait une légère amélioration; la sensibilité commençait à se rétablir dans le côté droit; dès qu'on pinçait la peau, le malade faisait des mouvemens qui indiquaient qu'il cherchait à fuir la douleur. M. Blanche prescrivit de l'eau de groseille, un lavement purgatif pour le soir, et un autre lavement purgatif pour le lendemain 15. Ce jour, la connaissance n'était point encore revenue; l'épigastre était sensible à la pression, la langue jaunâtre. Vingt sangsues furent mises sur le point douloureux qu'on couvrit ensuite de cataplasmes émolliens renouvelés toutes les deux heures. On prescrivit un bain pour e lendemain.

Le 16, l'épigastre n'était plus douloureux à la pression; le malade n'avait point recouvré la parole, il avait été agité pendant toute la nuit. Le bain parut le calmer. La prescription se composa d'une potion avec l'eau de tilleul, l'eau de fleurs d'oranger, quinze gouttes de laudanum et le sirop de sucre, d'eau de groseilles et d'un bain pour le lendemain. Ce traitement fut continué jusqu'au 18, époque à laquelle le malade put répondre pour la première fois aux questions qu'on lui adressait. Les sinapismes, promenés sur les extrémités inférienres, avaient déterminé sur la face dorsale des pieds deux larges escarres qui en tombant mirent à nu deux plaies d'un bel aspect, dont la cicatrisation eut lieu dans l'espace de trois semaines. Depuis le 18, la santé de M. C.... a toujours été en s'améliorant. Nous l'avons tenu à l'usage des boissons délayantes et de l'eau de Sedlitz.

Tous les jours il était baigné. Sa nourriture a d'abord été entièrement végétale. Le 10 août, il a repris sa place à la table commune, ayant un appétit dévorant, et ne conservant de son accident qu'une teinte jaunâtre de la face assez prononcée. Aujourd'hui, 15 septembre, la face a repris sa couleur habituelle. La raison n'est pas plus affaiblie qu'avant la maladie.

Dans les deux observations citées, on a vu des exemples de congestions sanguines épileptiformes chez des aliénés qui ne présentaient point de signes de paralysie; celles que nous allons rapporter nous feront connaître le même accident chez deux individus atteints de paralysie générale.

Obs. III[e]. *Démence au dernier degré avec paralysie générale; congestions sanguines épileptiformes; mort.* — Jean-Pierre G...., très-enclin aux plaisirs de l'amour, et aimant les liqueurs fortes, s'abandonna sans réserve à ces deux penchans. Ce genre de vie, long-temps prolongé, finit par altérer ses facultés intellectuelles. On s'aperçut que G.... était tourmenté d'idées de richesses, et qu'il se croyait dans une sphère toute autre que la sienne. Ce désordre mental ne faisant point ou peu de progrès, plusieurs années se passèrent sans qu'on cherchât à soumettre le malade à un traitement curatif. Mais dans le courant de l'année 1822, les idées de fortune prirent une très-grande activité, G.... dépensait beaucoup d'argent sous prétexte qu'il était immensément riche; lorsqu'on lui faisait quelques observations, il entrait en fureur.

Son état ne s'améliorant pas, il fut conduit, le 16 novembre 1822, dans la maison de santé de Sainte-Colombe. il présentait à cette époque des symptômes de monomanie. Les traitemens employés furent sans effet. Après un an de séjour dans la maison, la monomanie se convertit en démence et se compliqua d'une paralysie générale in-

complète. De légères congestions sanguines épileptiformes vinrent aggraver l'état de G.... ; elles furent combattues par les dérivatifs. La maladie marche lentement pendant les années 1823 et 1824. En 1825, la paralysie était générale, il y avait oblitération presque complète de l'entendement ; le malade ne sortait de son sommeil intellectuel que pour accabler des plus atroces injures les personnes qui le gardaient, et pour pousser des cris effrayans. Les attaques épileptiformes avaient lieu à des intervalles assez éloignées ; elles étaient annoncées par des clignotemens d'yeux très-rapides. Il est bon de remarquer que G.... mangeait avec une dégoûtante avidité.

Le 15 juin 1826, on vit que le malade avait beaucoup de peine à respirer, il semblait étouffer. On m'appela. Je le trouvai entièrement privé de l'usage de ses sens ; la bouche était largement ouverte, les lèvres bleues, la respiration râleuse, le pouls dur ; les artères temporales battaient avec force, il y avait des mouvemens convulsifs. Je pratiquai sur-le-champ une saignée de bras. A peine le sang eut-il coulé quelques instans, que le malade ouvrit les yeux ; la respiration cessa d'être râleuse ; la face, qui était décolorée, reprit une teinte presque naturelle. Je prescrivis deux sinapismes aux pieds, une tisanne émétisée, l'eau d'orge miellée, des lavemens et la diète. Ce traitement ne fut pas sans succès. Au bout de huit jours, le malade était revenu à son état ordinaire ; il avait néanmoins conservé beaucoup de faiblesse, ce qui obligea de le laisser au lit. Le décubitus produisit ses effets accoutumés ; une légère escarre parut au sacrum. On la pansa avec du cérat, et on plaça sous le malade plusieurs paillassons de balle d'avoine. Cette escarre se cicatrisa ; mais deux autres se montrèrent à chaque trochanter. Elles firent des progrès rapides, et, malgré les moyens employés, les deux os furent mis à nu. Dans les premiers jours d'août le

malade témoigna la plus grande répugnanco à répondre, même par monosyllabes. La maigreur était excessive; les plaies gangrénées s'élargissaient. Dans la journée du 15 août, la prostration devint extrême et la mort imminente. Je prescrivis une potion cordiale, et, malgré la position du malade, deux sinapismes aux jambes. Ces moyens le tirèrent pendant quelques instans de son état léthargique; mais le lendemain la face s'altéra profondément; la déglutition des boissons devint impossible. Deux jours se passèrent ainsi. Le 18 au matin, G.... expira, après avoir jeté pendant la nuit des eris extraordinaires.

Autopsie le lendemain, dix-huit heures après la mort. Maigreur considérable; trois esearres aux lieux indiqués, mais sans altération des os. A la partie antérieure droite du cerveau, la dure-mère se déchire facilement; partout ailleurs elle a sa consistance ordinaire. Sérosité très-abondante à la surface et à la base du crâne, pouvant être évaluée à six à sept onees. Arachnoïde épaissio dans une grande partie de son étendue, opaque dans la plupart des points des surfaces supérieure, interne et latérale des hémisphères, et si adhérente à la substance grise, qu'on ne peut l'en détacher sans enlever en même temps des portions considérables de eerveau. Toute la substanee grise est très-molle et de couleur de lie de vin : à la partie postérieure des deux hémisphères elle est tellement ramollie, qu'elle offre l'aspect de la bouillie. Cette altération lui est commune avee la substanee blanche dans l'étendue d'environ deux pouces. Du côté droit, dans la portion ramollie, on trouve un caillot sanguin qui a déjà commencé à éprouver quelques modifications. Les ventricules contiennent de la sérosité. Le cervelet n'a rien présenté de remarquable.

Obs. IV.° *Démence au dernier degré; paralysie générale; congestions sanguines épileptiformes.* — Le 11 octobre 1826, M. H. T...., ex-contrôleur des contribu-

tions indirectes, entra dans la maison de santé de Sainte-Colombe pour y être traité d'une affection mentale. En examinant le malade, je m'aperçus qu'il ne répondait aux questions qu'avec difficulté et lenteur; il bégayait d'une manière assez sensible, et paraissait avoir de la peine à faire le premier pas. J'appris que plusieurs mois auparavant il avait eu un chagrin très-vif qui avait été suivi d'une espèce d'attaque d'apoplexie, et que l'affaiblissement de ses facultés intellectuelles datait de cette époque. M. T.... n'avait pas seulement des idées disparates et sans rapport avec les objets extérieurs, il lui semblait encore entendre des voix qui l'appelaient dans la rue. Il était devenu extrêmement pusillanime; le plus léger bruit, celui d'une porte qu'on ouvrait, le faisait trembler de tous ses membres. Les moyens thérapeutiques employés consistèrent dans des applications de sangsues à l'anus et à la nuque, et dans des tisanes délayantes. Un vésicatoire fut mis au bras.

Trois mois se passèrent sans aucune amélioration. L'affaiblissement général faisait des progrès. Les hallucinations continuaient. Quelquefois le malade semblait avoir une notion vague de sa position, car il me dit un jour : « Les fonctions sont à leur poste, les idées me tapent à l'oreille, mais elles se présentent mal. » J'ai pu m'assurer que chez lui, comme chez les sujets atteints de démence en général, les paroles et les actions étaient presque toujours le résultat d'anciennes réminiscences. Une fois, entre autres, il prit un panier, et parla aussitôt d'église et de missionnaires. Certes, au premier abord, il n'y avait aucun rapport entre ces deux objets; mais en regardant le panier avec attention, je vis qu'il ressemblait à ces bannettes que les enfans de cœur portent dans les grandes cérémonies. M. T..... errait par toute la maison, mangeant tout ce qu'il pouvait dérober; lorsqu'on lui faisait quelques reproches de sa voracité, il

répondait que manger était la principale occupation de la vie. Tel était l'état du malade, lorsque, le 17 mars, se promenant fort tranquillement, il perdit tout-à-coup connaissance. Appelé presque aussitôt, je le trouvai l'œil légèrement terne, la face rouge. La connaissance revint rapidement. Le pouls était plein, sans fréquence. La main gauche pouvait exécuter des mouvemens, mais il fallait la pincer fortement pour que le malade en eut la sensation. Je prescrivis dix-huit sangsues derrière les oreilles, deux lavemens miellés, deux sinapismes volans sur les extrémités, et pour tisane de l'orge miellée. Cette congestion fut dissipée en très-peu de jours, et ne présenta d'autre phénomène remarquable qu'une tuméfaction œdémateuse du menton, qui donnait à la figure une expression telle, qu'elle paraissait ressembler à un triangle.

Deux nouvelles congestions, précédées de mouvemens convulsifs des yeux, eurent lieu quelque temps après celle-ci; elles cédèrent aux mêmes moyens de traitement.

Le 27 mai, sur les huit heures du matin, M. T..... eut une quatrième congestion beaucoup plus grave que les précédentes. La connaissance était anéantie, la respiration stertoreuse, le pouls dur et fréquent, la face très-colorée, les membres dans la résolution. A l'instant, je lui pratiquai une saignée de seize onces au bras droit; il se manifesta un peu de mieux. Il ouvrit les yeux, mais il ne put parler. Quelques momens après, il fut pris de légères convulsions. Vingt sangsues furent appliquées derrière les oreilles, on laissa couler le sang. La face était toujours très-rouge. Les convulsions devinrent plus fréquentes, les traits étaient renversés, les yeux roulaient dans l'orbite d'une manière effrayante, les lèvres étaient bleuâtres, couvertes d'une légère écume. Les symptômes se calmèrent, mais ils reparurent au bout d'une heure avec plus d'intensité. Deux sinapismes étaient promenés sur les

extrémités inférieures. On entendait une espèce de râle, les ailes du nez se dilataient et se resserraient continuellement. On ne voyait plus que le blanc des yeux. La déglutition et le mâchonnement étaient continuels, le malade fumait la pipe, ses dents claquaient fortement l'une contre l'autre, une écume sanguinolente s'échappait de sa bouche, le peu de boisson qu'il pouvait avaler paraissait tomber dans l'œsophage. Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués sur les jambes. Sur les quatre heures de l'après-dîner, quelques signes d'amélioration se manifestèrent; le pouls devint moins dur, une douce chaleur se déclara. Je fis administrer deux lavemens avec une once de miel purgatif. Vers les sept heures, des symptômes de congestion s'étant montrés, je fis poser vingt sangsues au cou; l'émission sanguine calma les accidens, et la connaissance revint au malade. Je donnai pour boisson le bouillon aux herbes émétisé.

Le 29, je lui fis faire une nouvelle application de sangsues derrière les oreilles, et je revins aux lavemens purgatifs. La diète fut rigoureuse jusqu'au 7 juillet; à cette époque la convalescence était parfaite.

Le 20 décembre 1827, lorsque je quittai l'établissement, M. T..... pouvait encore se soutenir. On le levait plusieurs heures dans la journée, il répondait aux questions qu'on lui adressait sur sa santé, il montrait la langue et donnait son pouls à tâter. Il avait quelquefois le dévoiement, parce qu'il mangeait avec une extrême avidité, mais on l'arrêtait facilement. Plusieurs escarres, qui s'étaient manifestées au sacrum, avaient été guéries par des compresses d'eau de guimauve, de grands soins de propreté et un changement continuel de position. Nous avons fréquemment obtenu, par cette seule précaution, des résultats très-avantageux chez plusieurs paralytiques, lorsque les mouvemens n'étaient point entièrement abo-

lis ; ceux mêmes qui sont incapables de se remuer en éprouvent beaucoup de soulagement.

Si nous avions voulu augmenter le nombre de ces observations, il nous eut été facile d'en choisir de nouvelles dans les ouvrages de MM. Calmeil et Bayle; mais comme tous les faits cités par ces deux médecins ne sont relatifs qu'aux démences compliquées de paralysie, nous nous sommes contenté de rapporter deux exemples de ce genre, préférant appeler l'attention sur les congestions sanguines épileptiformes qui surviennent chez les individus qui ne présentent point d'autre lésion que celle des facultés intellectuelles.

La congestion sanguine épileptiforme se déclare brusquement. Son siége est le cerveau, sa cause paraît être un afflux rapide, instantané du sang dans la masse encéphalique, et plus particulièrement dans la substance blanche. Cette opinion est fondée sur plusieurs ouvertures d'épileptiques morts à l'hospice St.-Antoine ou à la Salpétrière. Les individus qui se sont présentés à notre observation dans ces hôpitaux périrent dans l'attaque, ou très-peu de temps après. A l'autopsie, on trouva la substance blanche très-injectée, elle avait l'aspect que les pathologistes appellent sablé; la substance grise était légèrement colorée. Or, voici comme nous nous rendons compte des accidens de la congestion sanguine : l'abord rapide du sang dans le cerveau, par une cause que nous expliquerons plus tard, exerçant une compression sur l'organe, détermine l'abolition de la pensée et la perte de la connaissance; mais comme cet afflux sanguin a plus spécialement son siége dans la substance blanche, il l'excite, la stimule, et occasionne les mouvemens épileptiformes qui surviennent dans cette maladie. Cette explication est appuyée par l'opinion de MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, qui placent le siége des mouvemens volon-

taires dans la substance blanche; elle est également appuyée par les autopsies d'individus que nous avons vu succomber dans les hôpitaux à la suite de maladies de l'encéphale avec convulsions, et chez lesquels nous avons trouvé cette substance très-injectée, quand la maladie avait eu une terminaison rapide. MM. Bouchet et Cazauvieilh, dans un très-bon mémoire sur l'épilepsie qui a remporté le prix au concours établi par M. Esquirol (1), ont consigné un grand nombre de faits qui paraissent établir que cette affection convulsive a son siége dans la substance blanche. L'une des malades dont ils tracent l'histoire, entrée à la Salpétrière pour une épilepsie récente compliquée d'aliénation mentale, ayant succombé au bout de vingt-un jours, on trouva les membranes injectées, la substance grise superficielle non altérée dans sa consistance, mais fortement injectée et d'une teinte qu'on pouvait comparer presque au rouge de tuile. Les vaisseaux de la substance blanche étaient gorgés de sang; les corps striés, les couches optiques présentaient quelques plaques rougeâtres; le cervelet était généralement injecté. Ces congestions, se répétant plus ou moins long-temps, doivent nécessairement modifier la structure du cerveau, et il n'est pas dès-lors étonnant qu'on rencontre fréquemment des indurations et des ramollissemens de la substance blanche; c'est aussi ce que MM. Bouchet et Cazauvieilh ont noté dans quinze cas d'épilepsie.

Dans les exemples cités, la congestion sanguine épileptiforme a toujours été annoncée par des signes précurseurs. Peu de temps avant l'attaque, M. D. avait la voix plus haute et plus brève que d'habitude; il parlait seul avec vivacité et colère. M. C... (II.e *Obs.*), à l'instant de se mettre à table, fit des mouvemens inac-

(1) V. *Archiv. gén.*, tom. IX et X.

coutumés, et répondit d'une manière singulière aux observations qu'on lui adressait. Les deux autres malades avaient des clignotemens d'yeux rapides et fréquens. Nous avons la conviction que toutes ces congestions sont annoncées par des symptômes précurseurs, et si les auteurs n'ont pas insisté sur la valeur de ce signe, c'est qu'appelés lorsque l'affection était dans toute sa force, ils ne virent jamais, ou du moins très-rarement, les signes avant-coureurs de la congestion. Je crois ce fait applicable à la plupart des maladies cérébrales, car le hasard m'ayant rendu plusieurs fois témoin d'attaques d'apoplexies, je les ai toujours vues précédées par des clignotemens d'yeux fort rapides, ou par des mouvemens convulsifs des ailes du nez et des commissures, ou par quelque état particulier de l'œil. Ces remarques peuvent échapper aux praticiens les plus expérimentés qui, encore une fois, ne voient les aliénés que peu d'instans, tandis qu'elles sont facilement faites par les médecins qui vivent continuellement avec eux. Nous nous sommes arrêté sur ce signe, parce que nous croyons qu'en sachant bien l'apprécier on peut faire avorter une congestion sanguine, ou du moins en affaiblir considérablement l'effet.

Les signes propres à la congestion sanguine épileptiforme chez les aliénés, sont les suivans : le malade perd tout-à-coup connaissance, il est agité de mouvemens convulsifs; ses lèvres deviennent bleuâtres, se couvrent d'écume; quelquefois cependant ce signe ne s'observe pas; le pouls est plein, dur et fréquent; les artères temporales battent avec force; la face est tantôt rouge, tantôt décolorée, l'œil est quelquefois terne; dans d'autres circonstances, il est brillant, fermé; la sensibilité paraît abolie en tout ou en partie; le plus ordinairement la peau est chaude. — Dans tous les cas où nous avons observé ces symptômes, les individus étaient atteints de démence

au premier, au second et au troisième degré; deux d'entre eux n'avaient aucun symptôme de paralysie; les deux autres présentaient cette complication. Tous avaient un appétit très-grand, même vorace. Les deux premiers mangeaient beaucoup; l'un d'eux surtout mange avec une extrême promptitude, et il faut le surveiller pour l'empêcher de se faire mal. Les deux derniers dévoraient leur nourriture d'une manière dégoûtante. M. T.... errait toute la journée dans la maison pour s'emparer de quelques alimens qu'il avalait à l'instant. Cette gloutonnerie, apanage des individus tombés en démence, existe chez presque tous ceux qui sont atteints de paralysie générale; la plupart ont même une faim continuelle, mangent beaucoup, et digèrent très-bien tous les alimens dont ils se nourrissent. Au bout de quelque temps, l'appétit dégénère en une faim dévorante que la quantité la plus considérable de nourriture ne peut satisfaire. Les malades, sollicités sans cesse par cette gloutonnerie morbide, demandent continuellement à manger, et l'on est souvent obligé de leur donner deux ou trois portions pour faire cesser leurs cris et leurs plaintes. (Bayle.) Or, remarquons que cette augmentation de l'appétit coïncide avec l'apparition des congestions sanguines épileptiformes. Cette grande quantité d'alimens ingérés dans les voies digestives a nécessairement pour effet de déterminer un état de pléthore, une irritation et une véritable phlegmasie des voies digestives. Les autopsies faites par MM. Bayle, Calmeil et nous, viennent à l'appui de cette opinion. Il est en effet aisé de concevoir que l'abus des fonctions digestives doit en amener le trouble et le dérangement.

Le pronostic de cette complication de l'aliénation mentale est fort grave. Mais il l'est beaucoup plus chez les aliénés paralytiques que chez ceux qui n'ont qu'une simple lésion des facultés intellectuelles. On peut dire en général que tous les démens paralytiques sont voués

à une mort certaine et même assez prompte. MM. Calmeil et Bayle ont fixé la durée de leur vie à un an, un an et demi. Ce calcul peut être vrai pour Charenton; mais il n'est pas rigoureusement applicable aux maisons de santé où les soins les plus minutieux sont prodigués aux malades; nous avons sous les yeux plusieurs aliénés dont la paralysie a déjà près de trois ans de date. Deux ans à deux ans et demi nous paraissent être le terme moyen de la vie chez ces malades. Lorsque la terminaison fatale approche, on observe chez eux un symptôme qu'on ne trouve point noté dans les auteurs; je veux parler d'une odeur d'excrémens qui s'exhale de leur corps et particulièrement de leur bouche.

Les divers exemples que nous avons cités dans ce mémoire prouvent de la manière la plus évidente que les saignées générales et locales sont un moyen héroïque contre les congestions sanguines épileptiformes. Tous les malades que nous avons ainsi traités ont été mis hors de danger, bien que l'âge, l'organisation, l'ancienneté de l'affection eussent établi des différences notables entre eux. Mais si l'on veut tirer un parti avantageux des émissions sanguines, il faut y recourir dès le début de la maladie, peut-être même vaudrait-il mieux les employer lorsqu'on observe quelques-uns des signes précurseurs notés. Il ne faut pas hésiter dans l'emploi de ce moyen, en ayant toutefois présent à l'esprit qu'une très-grande quantité de sang peut jeter le malade dans une faiblesse dangereuse, et une trop faible quantité n'amener aucun changement. Une saignée de bras ou de pied produit quelquefois un mieux sensible; dans d'autres circonstances, il faut en pratiquer deux ou trois. Aux saignées générales il faut joindre les saignées locales; les sangsues seront placées à l'anus, derrière les apophyses mastoïdes ou sur la région du bas-ventre; c'est au praticien à décider lequel de

ces points est préférable. Presque toujours il existe une constipation opiniâtre (1); il faut la combattre par les boissons émétisées et par les lavemens purgatifs. La pratique montre dans une foule de cas quels avantages on retire de cette médication. S'il y avait cependant des signes évidens d'une phlegmasie abdominale intense, on prescrirait seulement les boissons délayantes, les lavemens simples, les sangsues à l'anus, et l'on couvrirait l'abdomen de cataplasmes.

Les révulsifs sur les extrémités inférieures sont très-avantageux; on doit les employer concurremment avec les émissions sanguines. Les sinapismes et les vésicatoires tiennent le premier rang parmi ces agens thérapeutiques. On les promènera sur les cuisses et les jambes sans craindre de les multiplier.

Lorsqu'il y a de l'amélioration, on prescrit les bains entiers, qui, agissant comme sédatifs, amènent une détente générale. A l'aide de ce moyen, on voit tous les symptômes diminuer, s'affaiblir et disparaître plus ou moins complètement. Le régime diététique vient consolider la cure, particulièrement chez les démens qui n'ont pas d'autre lésion que celle des facultés intellectuelles. Nous pensons qu'il serait très-convenable de changer l'alimentation de ces malades; ils ne devraient se nourrir que de végétaux, manger peu de pain, et boire de l'eau légèrement rougie. La nécessité de ce régime est démontrée par le genre de vie des démens, et spécialement des démens paralytiques; tous mangent avidement, tous dévorent leurs portions avec plus ou moins de voracité, tous sont donc exposés aux accidens qui détermine l'ingestion continuelle d'une grande quantité d'alimens dans les voies digestives.

(1) Chez plusieurs aliénés paralytiques, nous avons noté dans ce cas l'odeur d'excrémens.

Observation de ramollissement du cerveau et d'ossification dans le cœur; par le docteur LEURET.

H., né à Montreuil le 17 juin 1751, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, est entré à la maison royale de Charenton le 24 avril 1823; il offrait les symptômes suivans : Parole un peu lente; membres du côté droit à peine sensibles et ne pouvant exécuter que des mouvemens faibles; avant-bras infiltré; langue non déviée, un peu sèche, offrant au centre un enduit brunâtre; pouls lent, intermittent.

Le 28, oppression; douleur dans la poitrine qui est sonore dans tous ses points; un peu de râle muqueux. Le 30, la difficulté de respirer augmente; le pouls est fréquent, vif; les mouvemens du côté droit sont presque impossibles; les deux poignets sont douloureux. Le 2 mai, les symptômes s'aggravent; la partie inférieure de chaque côté de la poitrine rend un son mat. Les selles et les urines sont rares; la langue est chargée d'un enduit muqueux. A trois heures de l'après midi, accablement extrême dont on parvient cependant à tirer le malade, qui alors recouvre toute sa connaissance, mais pour un temps très-court; oppression augmentée; râle muqueux trachéal; perte du mouvement et du sentiment de l'extrémité pelvienne droite; immobilité du bras droit qui conserve encore un peu de sensibilité; faiblesse des mouvemens du côté gauche. Urine épaisse, jaunâtre, peu abondante; une selle liquide, involontaire; pouls intermittent. A quatre heures, mort. Le traitement a consisté dans l'administration des boissons émollientes et l'application d'un vésicatoire sur la poitrine. L'ouverture du cadavre est faite au bout de quarante heures.

Le crâne et les méninges sont dans l'état sain ; le cerveau a peu de consistance; il présente un ramollissement des substances grise et blanche de l'étendue d'un pouce environ à la partie postérieure et interne de son lobe gauche; ce ramollissement n'est pas circonscrit, sa couleur est lie de vin. En dehors du corps strié se trouve un second ramollissement un peu plus étendu, mais de même nature que le premier. Le lobe droit ne présente pas d'altération sensible. La plèvre costale est un peu épaissie et adhérente dans plusieurs points à celle des poumons; chacun des côtés de la poitrine contient environ un litre de sérosité; les poumons sont refoulés en haut, crépitans et un peu gorgés de sang. Le péricarde est adhérent au cœur; au-dessous de cette membrane, entre elle et les fibres musculaires, se trouve une ossification d'un pouce et demi de longueur et d'un pouce de largeur, placée sur l'oreillette droite et le ventricule de ce côté. Il n'y a rien de remarquable dans les valvules du cœur. La membrane villeuse de l'estomac est rouge, celle des intestins ne présente rien à noter.

Si nous cherchons à expliquer ce que nous avons vu pendant la vie par ce que nous trouvons sur le cadavre, nous attribuerons la difficulté de respirer à la pleurésie, l'intermittence du pouls à l'ossification partielle du cœur, et la paralysie au ramollissement cérébral. Cela me paraît rationnel, il me semble même difficile d'y faire aucune objection; cependant les opinions que l'on a émises au sujet d'une observation que j'ai publiée récemment sur un cas de ramollissement rencontré du même côté que la paralysie (1), me font penser qu'il n'est pas impossible de trouver des raisons pour me combattre. Je vais donc tâcher de les prévenir par une courte réponse à mes an-

(1) *Voyez* page 110 du présent tome.

tagonistes. Qu'une altération existe d'un côté du cerveau, et qu'il y ait une paralysie du côté opposé du corps, tout le monde attribuera la paralysie à l'altération cérébrale, on expliquera même cet effet croisé par l'entre-croisement des fibres nerveuses ; mais que la paralysie et l'altération de la substance encéphalique se rencontrent du même côté, M. Buchez entreprend de prouver que ce n'est pas une exception à la règle générale, et l'un des rédacteurs du Journal hebdomadaire dit qu'il reste à discuter la question de savoir *jusqu'à quel point* la paralysie et autres accidens nerveux dépendent *toujours* des lésions appréciables trouvées dans l'encéphale. Pour justifier sa manière de voir, M. Buchez regarde un point du cerveau ramolli dans l'étendue d'une lentille comme étant la cause de la paralysie de tout un côté du corps, tandis qu'il n'accorde aucune influence sur les mouvemens et la sensibilité à deux ramollissemens, dont le moins considérable avait le volume d'une noisette. Le rédacteur du Journal hebdomadaire, partageant les mêmes principes, demande si le ramollissement plus considérable du lobe droit ne s'est pas formé seulement quelques heures avant la mort. Mais comme dans l'observation citée il n'est nullement question de tremblemens et de paralysie du côté gauche du corps, l'embarras reste le même, car M. le rédacteur regarde comme prouvé que le ramollissement du côté droit du cerveau produit la paralysie à gauche, et réciproquement. Que conclurai-je de tout ceci? Je dirai que les raisonnemens que l'on m'a opposés ne sont pas conséquens, et puisqu'on admet comme cause de la paralysie d'un côté du corps le ramollissement de l'autre côté du cerveau, on peut, quand le ramollissement et la paralysie se rencontrent du même côté, regarder ce fait comme une exception.

Note sur une espèce rare de dysphagie; par le docteur OLLIVIER *(d'Angers).*

Sauvages a noté dans sa Nosologie une espèce de dysphagie qu'il nomme *Valsalvienne*, parce que Valsalva l'a observée et décrite le premier dans son traité *de Aure humanâ*, c. II, n.° 20 : cet auteur l'attribue à la luxation des appendices cartilagineux de l'os hyoïde. Molinelli en a depuis rapporté deux exemples; la cause déterminante de cet accident n'avait pas été, comme dans le cas de Valsalva, la déglutition d'un corps dur et volumineux, il avait été produit par une pression violente exercée au devant du col. Ses deux observations sont consignées dans les *Comment. bononiens. scient. et art. institut. Acad.*, tom. V, pag. 1.

On peut juger de la rareté de cet accident d'après les citations qui précèdent, et qui sont les seules, du moins à notre connaissance; aussi le nouvel exemple que nous allons rapporter est d'autant plus curieux, qu'on l'a observé deux fois chez le même individu. Le docteur Mugna a cru devoir publier ce fait intéressant, non pas à cause de son peu de fréquence, mais parce que quelques auteurs n'en font pas mention, mettant en doute sa réalité; il est possible aussi que cette espèce de dysphagie soit moins rare qu'on ne le pense généralement, et qu'il soit arrivé qu'on l'ait confondue, dans quelques cas, avec les accidens qui résultent ordinairement de la présence d'un corps étranger arrêté dans l'arrière-gorge, et qui se manifestent quelquefois quand une substance dure et volumineuse a été avalée. Quoi qu'il en soit, voici le fait observé par le docteur Mugna.

« Un individu sexagénaire, d'une constitution grêle et

affaiblie, en avalant un jour un gros morceau de tendon de bœuf, qu'il avait à peine écrasé sous les dents, éprouva tout-à-coup une sensation de gêne très-prononcée, comme si le morceau de tendon se fût arrêté à l'entrée de l'œsophage ; bientôt il est tourmenté par un besoin continuel et des efforts inutiles de déglutition, sans pouvoir avaler même sa salive ni aucune goutte de liquide. Le docteur Mugna, appelé à l'instant même, trouva cet individu déjà fatigué par des mouvemens de déglutition qui se répétaient incessamment sans résultat, et le malaise devenait de plus en plus pénible : le malade s'efforçait à chaque instant de faire les mouvemens nécessaires pour avaler, et lorsqu'il s'épuisait ainsi en efforts infructueux, on entendait aussitôt après un bruit analogue à celui produit par de l'air qui eut remonté de l'œsophage avec bruissement. A chaque minute l'anxiété du malade devenait plus grande. Cependant la respiration et la voix étaient parfaitement libres, on ne remarquait dans l'arrière-gorge et à l'extérieur du cou aucun changement de forme ou d'aspect. Une sonde fut introduite dans l'œsophage; elle pénétra facilement dans ce canal en franchissant le point où le malade avait la sensation que le morceau de tendon était arrêté. L'exploration la plus attentive fut faite avec la sonde sans rencontrer aucun obstacle dans le point indiqué, et sans apporter du reste aucun soulagement.

La région désignée par le malade, comme le siége du corps étranger qu'il croyait sentir, était précisément celle qu'occupe l'os hyoïde. Le docteur Mugna, s'étant positivement assuré qu'il n'existait dans ce point aucun corps étranger, pensa que la dysphagie qu'il observait était de l'espèce qu'on attribue à la luxation, ou mieux, dit-il, au diastasis des prolongemens cartilagineux de l'os hyoïde. D'après cette idée, il introduisit l'indicateur et le *medius* de la main droite dans l'arrière-gorge du malade, au-delà

de la base de la langue, et imprima à l'os hyoïde quelques mouvemens de déplacement, ainsi que l'ont conseillé les auteurs qui ont parlé de cette espèce de dysphagie : en même temps il maintenait la main gauche appliquée au-devant du cou et sur l'os hyoïde. Cette manœuvre très-simple fit aussitôt disparaître la sensation douloureuse à laquelle le malade était en proie, et immédiatement après il put avaler et boire abondamment.

Depuis cette époque, il n'avait plus rien ressenti d'analogue, et sa santé n'avait subi aucune altération, lorsqu'au bout de deux ans, en avalant un gros morceau de gâteau (*dura e fredda polenta*), il éprouva tout-à-coup les mêmes accidens. Éclairé par la première expérience, le docteur Mugna eut recours au même moyen et avec le même succès (1). »

Les auteurs qui ont traité de la dysphagie indiquent parmi les causes qui peuvent la produire, et comme une des plus rares, le déplacement de l'os hyoïde; tous, depuis Morgagni (*de sed. et caus. epist.* XVIII, 14), citent, à l'appui, le fait observé par Valsalva, sans examiner jusqu'à quel point est fondée l'explication qu'en donne cet auteur, et qu'il ne présente d'ailleurs que comme une hypothèse. Les exemples rapportés par Molinelli et le docteur Mugna, analogues à celui de Valsalva, ne permettent pas de douter qu'il puisse exister, en effet, un obstacle à la déglutition causé par un déplacement des parties solides situées au devant du cou, et très-probablement de l'os hyoïde sur les cartilages du larynx; mais quel est ce déplacement, en quoi consiste-t-il? c'est ce qu'on n'a pas examiné; et l'on s'est contenté de répéter avec Valsalva qu'il y a dans ce cas luxation des cornes supérieures de l'hyoïde.

(1) *Annali universali di med.*, novembre et décembre 1828.

Ces appendices hordéiformes ont quelquefois à la vérité une longueur assez considérable; cependant de quelle manière pourraient-ils se luxer? on le conçoit difficilement : aussi, quel que soit le déplacement qui s'opère, nous ne pensons pas qu'il y ait une luxation, comme on le dit, et nous ne comprenons pas davantage le diastasis admis par le docteur Mugna.

En réfléchissant aux circonstances dans lesquelles on a vu cet accident survenir, il nous semble qu'on peut en trouver une explication, sinon plus exacte, au moins plus satisfaisante. En effet, dans les observations connues jusqu'à présent, les causes qui ont produit cette dysphagie ont été, comme on a vu, tantôt un effort très-grand de déglutition, tantôt une pression forte exercée au-devant du cou; or, ne peut-on pas supposer que dans ces deux circonstances l'hyoïde puisse être porté, soit latéralement et en bas de manière à ce qu'une des cornes de cet os s'engage en dedans de la corne supérieure correspondante du cartilage thyroïde, et reste maintenue dans cette déviation (on sait que ces apophyses du cartilage thyroïde ont quelquefois une très-grande longueur); soit que les deux cornes inférieures de l'os hyoïde, rapprochées brusquement l'une de l'autre et poussées ainsi d'avant en arrière et en bas, s'engagent dans l'intervalle qui sépare les deux apophyses du cartilage thyroïde, effet dont on conçoit la possibilité quand le cou est serré violemment, comme dans certaines tentatives d'étranglement à l'aide des mains. Quoique l'explication que nous proposons nous paraisse fondée sur la disposition des parties, il serait utile de la confirmer par quelques expériences faites sur le cadavre. Nous ajouterons que ce qui doit singulièrement influer sur les deux déplacemens que nous signalons, ce sont les dimensions très-variables que présentent les grandes et les petites cornes de l'os hyoïde, ainsi que celles des apophyses su-

périeures du cartilage thyroïde et l'ossification de ces dernières. Indépendamment de leur excès de longueur, on comprend qu'une direction anormale de ces divers prolongemens peut aussi favoriser beaucoup le déplacement dont il s'agit.

Observations sur l'occlusion du vagin, suivies de réflexions sur la nature chimique du sang retenu dans ce conduit; par A. Toulmouche, *D. M. P. à Rennes.*

L'imperforation du vagin n'est pas un vice de conformation tellement rare, qu'il soit inutile d'en signaler les conséquences. Il consiste, le plus souvent, dans l'épaisseur, la densité plus grande et le défaut d'ouverture de la membrane de l'hymen qui s'oppose alors à l'imprégnation et à la sortie des règles, ou dans le rapprochement et l'agglutination des parois vaginales, ou, enfin, dans l'absence de ce conduit dans une partie de son étendue.

Comme, dans ce dernier cas, l'art ne peut apporter aucun remède à cette aberration de la nature, je ne m'occuperai que du premier. On ne pourrait découvrir l'occlusion du vagin, dans l'enfance, qu'autant que quelque maladie des parties génitales, existant simultanément, aurait fixé l'attention de la mère ou de la nourrice : car, à cette époque, le vagin n'ayant aucun usage, nul motif ne pourrait engager le médecin à l'explorer. A l'âge de la puberté, au contraire, l'utérus, ayant acquis un développement convenable pour le rôle important qu'il est appelé à remplir dans l'économie animale, devient le siége de plusieurs fonctions à l'accomplissement desquelles le vagin est absolument nécessaire. Aussi, que ce canal se trouve fermé, dès-lors l'écoulement menstruel devient

impossible, et le sang, en s'y accumulant, ainsi que dans la matrice, produit des accidens divers. M. Cloquet, dans un article du nouveau Dictionnaire, MM. Sanson et Bégin, dans la nouvelle édition de la Médecine opératoire de Sabatier, et beaucoup d'autres, assignent, comme symptômes du vice de conformation dont je parle, les nausées, les vomissemens, la perte ou la perversion de l'appétit, des coliques accompagnées de spasmes, de borborygmes, les convulsions, la tuméfaction des mamelles. Ces auteurs semblent plutôt s'être copiés les uns les autres qu'avoir basé leur description sur des observations particulières. On en pourra juger par la suivante.

Angélique Béleau, âgée de 17 ans, d'un tempérament sanguin, habitant un village aux environs de Rennes, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de la puberté. A cette époque, les seins se développèrent, des poils ombragèrent les parties génitales, et la nature fit plusieurs efforts pour établir la menstruation, mais envain. Il survint des accidens qui nécessitèrent plusieurs applications de sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses. Ce moyen ayant été infructueux, un chirurgien fut consulté et prescrivit nombre d'emménagogues qui ne firent qu'aggraver l'état de la malade. Comment eu eût-il été autrement? Angélique était atteinte d'un vice de conformation congénial, consistant dans l'occlusion de l'orifice du vagin.

Cet officier de santé n'ayant aucuns motifs de demander à explorer les organes génitaux, continuait d'attribuer à la rétention des règles les divers accidens qui survenaient chaque mois, et souvent après les repas. Ils consistaient en bouffées de chaleur, étourdissemens fréquens, maux de reins, coliques et mouvemens convulsifs plus ou moins prolongés sans perte de sentiment. En outre, il y avait sensation d'une constriction forte à la gorge; les yeux

étaient brillans, l'appétit se maintenait, l'action d'uriner s'opérait sans gêne, de même que celle d'aller à la selle. Ces symptômes hystériques revenaient tous les mois, quelquefois plus fréquemment.

Il paraît que, soit hasard, soit par suite de questions, la mère de la jeune fille fut amenée à soupçonner qu'il pouvait y avoir vice de conformation. En conséquence, elle fit part de ses idées au chirurgien, et dès-lors il fut résolu qu'on s'assurerait de l'état des choses. On trouva l'entrée du vagin fermée par une membrane résistante qu'on essaya de perforer avec un bistouri qui, probablement, ne fut pas porté assez profondément, car il ne s'écoula que très-peu de sang, et encore résultait-il de la ponction trop timide qui avait été faite.

La fille Béleau se décida à venir réclamer, à l'hôpital Saint-Yves, les secours de l'art. Entrée le 13 mars 1828, et soumise à notre examen, elle parut bien conformée et d'une taille assez élevée. Elle offrait toute la fraîcheur que donnent la jeunesse et une bonne constitution. Les grandes lèvres étaient bien développées, l'orifice du méat urinaire plus large que de coutume. Les petites lèvres, plutôt ébauchées que formées, s'identifiaient avec une membrane épaisse, mais nullement tendue, qui bouchait entièrement l'orifice vaginal. Une sonde parvint facilement à travers le canal de l'urèthre jusque dans la vessie; seulement on remarqua qu'il fallait la diriger presque verticalement derrière le pubis.

Le doigt, introduit dans le rectum, rencontrait, à peu près à un pouce de hauteur, une tumeur très-saillante, de forme arrondie, et remontant au-delà de la portée de celui-ci. Sa rénittence et son élasticité firent préjuger qu'elle renfermait un liquide. Sa partie inférieure semblait se terminer en une sorte de cul-de-sac. On sentait au-dessus du pubis, et un peu à droite, une petite tumeur

obronde, et en pressant brusquement sur elle, on communiquait l'impulsion au doigt appuyé sur celle du rectum. En soulevant en haut et en avant avec celui-ci la partie la plus basse de la cloison recto-vaginale et déprimant en bas et en arrière avec le doigt de l'autre main la membrane qui tenait lieu de l'entrée du vagin, ils restaient toujours séparés par un espace qu'on pouvait apprécier approximativement à cinq ou sept lignes d'épaisseur.

Après avoir constaté l'état des parties et la possibilité de pouvoir rétablir artificiellement la voie naturelle à l'écoulement des menstrues, on procéda à l'opération de la manière suivante : Angélique ayant été placée sur une table élevée, garnie d'un matelas et de draps alèzes, les fesses sur le bord et les cuisses écartées, fut maintenue dans cette position par des aides. Alors M. Poirier, chirurgien principal de l'hôpital, enfonça d'avant en arrière et de bas en haut un trois-quarts, quelques lignes au-dessus du méat urinaire, à-peu-près au milieu de l'espace compris entre ce dernier et la fourchette. Ayant senti qu'il avait vaincu une résistance, il retira la tige de l'instrument, et bientôt l'on vit s'écouler par la canule un sang épais et comme sirupeux, qu'il laissa sortir pendant quelques instans. Une sonde canelée sans pavillon fut portée dans celle-ci et la canule retirée : un bistouri conduit le long de la canelure, servit à aggrandir de chaque côté l'ouverture. Le sang sortit avec plus d'abondance et de facilité, mais toujours avec les mêmes caractères. Un doigt introduit dans le rectum éloignait la paroi recto-vaginale. Le chirurgien continua à débrider en avant et latéralement jusqu'à ce qu'il put traverser avec le doigt cette ouverture artificielle et explorer le vagin, qui formait au-dessus une espèce de poche, (résultant de la distension prolongée de ses parois). Le col de l'utérus ne put être

atteint, à quelque hauteur qu'on portât l'index. Un gorgeret avait aussi servi à protéger les parois vaginales pendant qu'on débridait. Le pansement consista dans l'introduction d'une grosse canule de gomme élastique, creuse et perforée à son extrémité, pour permettre le libre écoulement du sang. On la maintint en place par un bandage en T, et la jeune malade fut reportée dans son lit.

Le 21 mars, douleurs vers l'utérus, chaleur très-forte dans le vagin, coliques, céphalalgies, soif assez vive, bouche amère, dégoût pour les alimens, constipation, cuisson en urinant. (*Deux demi-bains, eau d'orge, un bouillon.*)

Le 26, langue blanche, moins de soif, légère diarrhée; un vers lombric a été rendu; coliques, pouls fréquent, sensibilité de l'hypogastre à la pression, surtout à droite, où l'on sent encore la petite tumeur. Chaleur intense du vagin et du col utérin, que le doigt touche facilement et qui est encore assez dilaté; écoulement de sang ressemblant à celui des lochies. (*Décoction de racine de fougère mâle vineuse, deux demi-bains, le quart, un peu de vin.*)

Plus tard, les symptômes de métrite ont diminué; le dévoiement a cessé, l'écoulement est devenu sanguinolent et muqueux; le col est revenu sur lui-même, et peu-à-peu tout suintement a disparu, à peine sent-on encore la petite tumeur du ventre. Le 15 avril, la jeune fille est sortie de l'hôpital parfaitement guérie.

Examen chimique du sang. — Ce liquide, recueilli et examiné avec soin, avait les caractères physiques suivans : sa consistance, plus que sirupeuse, était celle d'une épaisse mélasse, il filait longuement lorsqu'on le laissait tomber de haut. Sa couleur était d'un rouge brunâtre, analogue à celle de la peinture rouge ocreuse commune. Son odeur était nulle, même après vingt-cinq à

trente jours d'exposition au contact de l'air. Au bout de ce temps, il ne s'était pas séparé la moindre portion de sérum, sa viscosité était la même, le mélange de ses diverses parties aussi intime, et on ne remarquait encore aucuns signes de putréfaction.

1.° Traité par la potasse, le sang a perdu sa viscosité; la liqueur, saturée par un acide, a agi de la même manière.

2.° L'acide sulfurique lui a fait prendre une très-forte consistance; l'acétate de plomb a agi de la même manière.

3.° Délayé dans l'eau, celle-ci n'a été que très-faiblement colorée.

4.° En évaporant cette dernière, elle s'est troublée.

5.° En y versant de l'alcohol, le même phénomène s'est produit, à raison de l'albumine contenu dans le liquide.

On peut conclure que la seule différence qu'a présentée le sang consistait dans l'absence totale du sérum, tandis que l'albumine, combinée avec la partie colorante, se trouvait plus rapprochée, plus visqueuse; en un mot, analogue au blanc d'œuf, ce qui empêchait qu'aucune séparation du caillot ne pût se faire.

En 1817, je vis opérer par M. Dupuytren, à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, une jeune fille âgée de 19 ans pour un semblable vice de conformation des parties génitales, avec cette différence, toutefois, que la membrane qui fermait l'orifice vaginal était beaucoup plus mince et fortement bombée par l'accumulation du sang menstruel. Une incision faite verticalement et agrandie transversalement avec le bistouri, donna issue à une très-grande quantité d'un liquide dont la couleur, la viscosité et les autres caractères étaient identiques avec ceux de l'observation ci-dessus. Il y avait eu cependant un phénomène

qui n'exista pas chez Angélique Béleau. Je veux parler de l'ampliation du ventre par suite de l'accumulation du sang dans la cavité de l'utérus. Ce dernier fut analysé par M. Thénard, qui trouva que le sérum manquait, tandis que l'albumine et le mucus prédominaient (1).

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations et expériences sur les effets et la manière d'agir des ventouses dans les plaies envenimées ; par C. Wistar Pennock, *M. D.* (2)

Le mémoire de M. Pennock peut se diviser en deux parties. Dans la première, après quelques considérations préliminaires sur les opinions du docteur Barry, relativement à sa manière de considérer la circulation veineuse et par suite l'absorption, l'auteur, qui ne les admet pas, rapporte la série d'expériences qu'il a entreprises pour s'assurer par lui-même des effets de la ventouse sur les plaies empoisonnées. Comme ces expériences ne sont guère qu'une répétition de celles du docteur Barry (3), nous ne les rapporterons pas, et nous nous bornerons à citer les conclusions que l'auteur en tire.

« 1.° Les effets ordinaires des plaies envenimées ne peuvent se manifester pendant l'absence de la pression atmosphérique produite par l'application de la ventouse.

» 2.° Cette application de la ventouse n'arrête pas l'ac-

(1) *Voyez* dans les *Archives*, t. XV, p. 266 et 267, deux observations analogues. Les diverses collections en renferment un assez grand nombre ; mais le fait rapporté par M. Toulmouche présente un intérêt particulier en raison de l'analyse chimique du sang. (*N. du R.*).

(2) *The American Journ. of the med. Sciences*, mai, 1828.

(3) *V.* T. IX, p. 131, 140, 289 ; t. XI, p. 131, 326 ; et t. XV, p. 101.

tion délétère du poison en l'enlevant de dessus la plaie ; car, au contraire, les effets funestes ont été prévenus sans qu'aucune parcelle du poison ait été enlevée. En effet, si une substance vénéneuse en poudre, de la strychnine ou de l'arsenic, par exemple, est portée au moyen d'un tube, et à travers une plaie aussi petite que possible, est portée, dis-je, dans une direction oblique sous les tégumens, et déposée à une certaine distance de l'ouverture par laquelle on l'a introduite; si alors on applique la ventouse sur ce point, et qu'on laisse hors de son enceinte l'ouverture par laquelle on a introduit le poison, il est clair qu'aucune particule de ce dernier ne pourra être enlevée, et cependant il n'y aura aucun signe d'empoisonnement tant qu'elle restera appliquée, et soustraira cette partie à la pression de l'atmosphère.

» 3.° Les accidens caractéristiques de l'empoisonnement, tels que les mouvemens convulsifs, le tétanos, etc., sont arrêtés par l'établissement du vide sur la surface empoisonnée; et si alors on enlève cette surface, et avec elle la substance vénéneuse en totalité, au moyen de l'instrument tranchant, la vie de l'animal ne court plus aucun danger.

» 4.° Lorsque la ventouse est appliquée sur l'ouverture faite aux tégumens pour introduire le tube contenant le poison, et que ce dernier est déposé sous la peau au-delà de la circonférence de la ventouse, aucun des symptômes de l'empoisonnement ne se manifeste tant que le vide est maintenu; mais l'action délétère se fait sentir aussitôt que la ventouse est enlevée.

» 5.° Si pendant que la ventouse est appliquée, comme il vient d'être dit, on fait, à la peau, une incision entre elle et le point où le poison a été déposé, la mort aura lieu tout aussi promptement que si le vide n'avait pas été produit.

» 6.° Si, après que la ventouse est restée appliquée pendant un temps donné sur la partie de la peau sous laquelle le poison a été déposé, l'ouverture faite pour l'introduire étant en dehors de l'instrument, on cesse tout-à-coup de faire le vide, la mort survient aussi rapidement que si on n'avait pas appliqué la ventouse.

« Cette dernière conclusion est tout-à-fait contraire à celle que M. Barry a tirée de ses observations, car il dit expressément que, « après que la ventouse a été enlevée, on peut maintenir impunément pendant une heure ou deux, en contact avec le tissu cellulaire, une dose de substance vénéneuse qui aurait infailliblement fait périr l'animal en quelques minutes, si la ventouse n'avait pas été appliquée ? Un grand nombre d'expériences m'a prouvé qu'il n'en était pas ainsi, et que la mort avait toujours lieu très-rapidement, à moins qu'on eût le soin d'enlever le poison et la surface empoisonnée. »

Voulant donner à ses expériences un but d'utilité pratique plus générale, M. Pennock résolut de répéter, avec le serpent à sonnettes, les expériences du docteur Barry sur la morsure de la vipère; mais il ne put y réussir, parce que, chose assez extraordinaire, il ne put trouver un seul de ces animaux dont la blessure fut mortelle; ce qu'il attribue à l'état de captivité et au défaut de nourriture appropriée.

La seconde partie du mémoire est consacrée à l'examen de la théorie de M. Barry, sur la manière d'agir des ventouses dans les cas précités. On sait que ce physiologiste regarde la circulation veineuse, et par suite, l'absorption, comme dépendant uniquement de la pression atmosphérique; opinion qu'il fonde en grande partie sur les résultats de ses expériences, sur les effets de la ventouse dans les plaies envenimées, qui agit, selon lui, en soustrayant, pour un temps, la partie à l'influence de cette

pression. Or, M. Pennock pense qu'il n'en est pas ainsi.

« Il est vrai, dit-il, que le vide qui existe sous la cloche de la ventouse, soustrait à la pression de l'atmosphère toute la partie qui y est circonscrite; il est vrai aussi que les parties sur lesquelles porte la circonférence de cette cloche sont soumises à une augmentation de pression proportionnée à son diamètre. Or, la cloche dont je me suis servi pour mes expériences ayant un quart de pouce de diamètre, l'animal a dû supporter dans les parties que nous venons d'indiquer une augmentation de pression d'environ quinze livres.

» Convaincu de la justesse de ce raisonnement, et supposant que l'augmentation plutôt que la diminution de la pression devait être la cause de la suspension des phénomènes de l'empoisonnement dans les cas dont il s'agit, je fis, pour m'assurer de la vérité, les expériences suivantes :

» I.re *Expérience.* — J'introduisis un grain de strychnine dans le tissu cellulaire de la cuisse d'un petit lapin. J'établis sur ce point une pression d'environ quinze livres, en y posant le pied d'une chaise que j'avais chargée de ce poids. Au bout de quarante-quatre minutes, aucun signe d'empoisonnement ne s'était manifesté. Je fis alors une expérience comparative sur un autre lapin, avec la même quantité de strychnine, et l'animal mourut en moins de cinq minutes. Voyant qu'après cinquante-deux minutes, le premier lapin ne paraissait nullement affecté, je cessai la compression et j'enlevai tout ce que je pus apercevoir de la substance vénéneuse. Mais il en resta probablement une petite quantité dans la plaie, car, au bout de sept minutes, l'animal fut pris de mouvemens convulsifs. Je rétablis la compression, et aussitôt les convulsions cessèrent. Au bout d'une demi-heure, on relâcha l'animal, et huit minutes après les mouvemens tétaniques

reparurent avec plus de force. L'animal paraissait sur le point de mourir ; mais le rétablissement de la compression le ranima au même instant, et pendant quarante-cinq minutes que je continuai l'expérience, il ne se manifesta aucun signe de poison. Enfin, je cessai la compression, et l'animal mourut quatre minutes après, c'est-à-dire, deux heures seize minutes après le commencement de l'expérience.

» II.° *Expérience.* — Je répétai l'expérience, avec cette seule différence que, pour comprimer la surface empoisonnée, je me servis de la cloche d'une ventouse chargée d'un poids de quinze à dix-huit livres. La pression fut maintenue pendant une heure, sans qu'il se manifestât aucun signe d'empoisonnement.

» III.° *Expérience.* — Dans ce cas, toutes les autres circonstances étant les mêmes, la compression fut exercée au moyen d'une cloche à ventouse maintenue par une petite presse à vis, et continuée pendant une heure dix minutes, sans qu'il survint aucun accident. Au bout de ce temps, j'enlevai avec soin tout le poison, et rappelé à la vie, l'animal vivait encore en très-bon état trois semaines après.

» Les résultats de ces expériences offrent une analogie frappante avec ceux qu'on obtient, dans les mêmes cas, de l'application des ventouses, et me portent à croire que c'est à l'augmentation de la pression sur la surface empoisonnée ou dans son voisinage immédiat, qu'on doit en grande partie rapporter les heureux effets qu'on obtient dans ces circonstances, et que M. Barry attribue, au contraire, à la seule soustraction de la pression atmosphérique. »

Le reste de ce mémoire est consacré à l'examen de la manière d'agir des substances vénéneuses sur l'économie animale. L'auteur pense que c'est principalement par

l'intermédiaire du système nerveux que se transmet l'influence délétère.

A la fin de ce mémoire intéressant, on trouve la note suivante qui contient un fait assez curieux : « Dans une tentative inutile pour répéter la célèbre expérience de M. Magendie, sur l'absorption veineuse, l'un des tubes de platine destiné à établir la communication entre les deux bouts de la veine fémorale, fut enfoncé si avant dans ce vaisseau, qu'il m'échappa des mains et disparut. Je sacrifiai l'animal pour chercher ce tube, et je le retrouvai dans l'oreillette droite du cœur. Ce petit instrument avait un pouce 1/8 de long, et pesait 32 grains.

» J'introduisis dans la veine fémorale droite d'un mouton un tube de platine long de 1 pouce 1/9, et pesant 19 grains : l'animal ne parut souffrir en aucune manière. Il fut tué une demi-heure après, et le tube fut retrouvé, avec beaucoup de peine, dans le lobe inférieur du poumon gauche. »

Exemple remarquable d'une abstinence absolue d'alimens et de boissons pendant trente-deux mois et onze jours; autopsie du sujet et réflexions sur cette observation; par le professeur Rolando *et le docteur* Gallo (1).

Les annales de la science renferment un grand nombre d'exemples d'individus qui ont vécu plus ou moins longtemps sans prendre d'alimens, mais la plupart de ces observations contiennent des détails propres à constater l'authenticité du fait, sans ceux qui pourraient servir à

---

(1) *Necroscopia di Anna Garbero asita per lo spazio di 32 mesi, 11 giorni, con riflessioni.* Turin, 1828; in-fol. 36 pp., avec fig. (Extrait. O.)

l'expliquer. C'est principalement sous ce dernier rapport que l'exemple suivant offre beaucoup d'intérêt.

Anna Garbero, âgée de 48 ans, demeurant à Racconigi, ville distante de quatorze milles au sud de Turin, passait la plus grande partie du jour en prières dans les églises. Il paraît que l'impression continuelle du froid et de l'humidité fut suivie d'une inflammation lente des viscères abdominaux, dont la malade ne commença à se plaindre que lorsque le mal était déjà très-ancien. Les douleurs devinrent peu à peu plus marquées dans la profondeur du bassin, et une pudeur mal entendue lui fit taire ses souffrances jusqu'au moment où elle fut réduite à ne pouvoir plus avaler d'alimens solides ou liquides, qui avaient fini par lui inspirer un dégoût insurmontable. Elle avait graduellement diminué la quantité de sa nourriture, à mesure qu'elle avait observé que les garde-robes devenaient plus difficiles. Enfin, n'ayant plus aucune espèce d'évacuation alvine, elle avait dès-lors été obligée de réduire progressivement la quantité de ses alimens et des boissons, d'autant plus que la difficulté d'avaler s'était manifestée peu de temps après, et que la déglutition était devenue tout-à-fait impossible : une simple goutte d'eau dans l'estomac déterminait le vomissement : toute excrétion de la salive et de l'urine avait cessé, de même que les règles qui n'avaient coulé que les trois premiers mois. Elle vécut dans cet état pendant trente-deux mois et onze jours, et mourut dans un état de demi-marasme. La vie retirée de cette femme et son caractère peu communicatif ont empêché d'avoir de plus amples détails sur les circonstances antécédentes de la maladie à laquelle elle a succombé.

MM. Rolando et Gallo ont donné la description la plus détaillée de l'habitude extérieure du cadavre; ils ont successivement examiné avec l'attention la plus scrupu-

leuse tous les organes de la tête, de la poitrine, l'appareil circulatoire, celui de la déglutition, toutes les articulations; mais comme ces diverses parties ne présentèrent rien de particulier, nous ne décrirons ici, d'après les auteurs, que les organes de l'abdomen, dans lesquels résidait la cause toute entière des phénomènes remarquables offerts par cette malade.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'exhala un gaz fétide : on n'y trouva pas une goutte de sérosité. Le péritoine pariétal était à peine humide. Le grand épiploon, attiré vers l'excavation pelvienne, adhérait intimement au péritoine dans les régions iliaques et inguinales : cette situation de l'épiploon coïncidait avec un déplacement du colon transverse, lequel était descendu dans la région hypogastrique. Ce changement de position du colon s'était opéré par suite de l'alongement de sa partie moyenne, tandis que ses deux extrémités étaient restées fixes dans l'un et l'autre hypochondres, formant un angle très-aigu à leur réunion avec le colon ascendant et le colon descendant. Cette portion de l'intestin avait été entraînée en bas, de telle sorte qu'elle formait une espèce de V dont l'angle inférieur avoisinait le pubis : sa cavité était distendue par des matières d'une certaine consistance. L'intestin duodénum occupait sa place habituelle : il était un peu dilaté. Le jéjunum et l'iléon, très rétrécis au contraire, avaient aussi été attirés en bas, et plongeaient presque en entier dans la cavité du bassin : ils se trouvaient en partie recouverts par l'estomac et le colon transverse. Le cœcum, libre de toute adhérence, distendu par des matières peu consistantes, s'enfonçait dans le bassin, à deux travers de doigt au-dessous du niveau du détroit supérieur; son appendice n'offrait rien de particulier. Cet intestin, de même que le colon ascendant, étaient aussi remplis de matières demi-liquides, et très-dures dans le colon descendant.

L'S iliaque présentait un rétrécissement avec épaississement des parois, rétrécissement qui devenait de plus en plus prononcé jusqu'à la partie supérieure du rectum, où cette partie du canal intestinal était complètement oblitérée et transformée en un tissu blanchâtre et squirrheux (*semi-calloso*) : le reste du rectum avait sa dilatation normale, et la cavité de cette terminaison de l'intestin contenait une petite quantité d'un liquide sanieux qui suintait de ses parois.

L'estomac, entraîné par le colon transverse, avait suivi son déplacement, à l'exception de ses extrémités pylorique et cardiaque : sa partie moyenne seule avait été attirée en bas, et formait une courbure anguleuse qui descendait à deux travers de doigt au-dessous du niveau de l'ombilic. Cet organe, qui ne recevait plus d'alimens depuis si long-temps, était flasque, blanchâtre, rétréci, n'ayant que la capacité d'un intestin grêle. Par suite de ce changement de position, le foie ne le recouvrait plus. L'œsophage était très-rétréci, contracté sur lui-même, réuni aux parties voisines par un tissu cellulaire très-rare, et singulièrement tiraillé par l'estomac.

Ce dernier organe était entièrement vide; sa membrane muqueuse, un peu ramollie, formait plusieurs plis vers le pylore, et était recouverte d'un mucus tenace; quelques taches livides sur la grande courbure, produites par un peu de sang épanché dans le tissu cellulaire sous-muqueux; valvule pylorique un peu épaissie. La membrane muqueuse des intestins grèles était toute ramollie, de couleur lie de vin, comme on l'observe dans un état voisin de la gangrène. Les follicules muqueux du duodénum et du jéjunum étaient notablement augmentés de volume, et l'on en faisait sortir par la pression une humeur sanguinolente; les valvules conniventes étaient froncées et analogues à de petits cordons couverts de granulations,

résultat de leur inaction prolongée. On ne trouvait de matières que dans les gros intestins, et celles qui en remplissaient la première moitié avaient la liquidité et la couleur du méconium. Deux vers lombrics étaient dans l'iléon. La membrane muqueuse du cœcum, du colon ascendant et de la moitié correspondante du colon transverse était très-amincie, sans ulcérations, mais plus livide; les matières contenues dans le reste du colon jusqu'au rétrécissement étaient dures et mêlées de quelques tricocéphales. La membrane muqueuse du rectum était surmontée de plusieurs végétations squirrheuses qui correspondaient aux plis de cette membrane, et dans l'intervalle de ces derniers on observait de petites ulcérations à fond lardacé : la membrane muqueuse offrait là, comme dans le reste de son étendue, la couleur livide et violette précédemment indiquée, couleur qui n'était pas due seulement à l'injection de ses nombreux capillaires, mais bien à la combinaison du sang dans son tissu, comme le prouvèrent les lavages répétés qui ne diminuaient en rien son intensité. Les glandes mésentériques n'offraient aucun changement appréciable, et l'on ne vit rien de particulier dans les vaisseaux chylifères : le canal thoracique avait le volume d'une petite plume de corbeau dans la région dorsale. Le foie n'offrait rien à noter; ses vaisseaux contenaient une petite quantité de sang noir : la vésicule était pleine d'une bile très-noire. Ce liquide distendait les canaux cystique et cholédoque. La rate était décolorée par suite de l'absence du sang dans ses vaisseaux et son tissu. Les veines hémorrhoïdales supérieures et moyennes, ainsi que toutes les ramifications des veines mésaraïques, étaient remplies d'une quantité considérable de sang (1).

(1) Cette réplétion des vaisseaux confirme l'exactitude des observations faites sur les animaux morts d'inanition. (Voy. *Archives gén. de Méd.*, tome XVIII, page 558.)

La veine splénique et le tronc de la veine porte étaient vides ; le pancréas sain ; on n'observa rien de particulier dans les reins, ni dans les capsules surrénales : les uretères et les bassinets étaient seulement lubrifiés par une humeur muqueuse. La vessie, l'utérus et ses dépendances étaient dans l'état normal.

Un examen attentif des lésions diverses qui viennent d'être décrites rend parfaitement raison du singulier phénomène qu'a présenté cette malade, et montre que le rétrécissement du rectum en a été l'origine. Ainsi, avant que cette altération organique n'eut intercepté complètement le passage des matières, il y eut encore, pendant quelques jours, ingestion d'une plus ou moins grande quantité d'alimens, et l'on ne peut douter que ce ne soit leur résidu qui distendait le colon ; mais ces matières, accumulées graduellement dans la portion transverse de cet intestin, l'ont peu à peu attiré, par leur poids énorme, vers la partie inférieure du ventre. Cette traction a dû nécessairement agir plus particulièrement sur le milieu de l'arc du colon, tandis que les deux extrémités, fixées par des replis péritonéaux peu extensibles, n'ont pas subi de déplacement. L'estomac, entraîné conséquemment par le colon transverse, n'a pu suivre ce mouvement d'abaissement sans tirailler d'abord l'œsophage, puis le pharynx, et surtout les nerfs pneumo-gastriques : c'est au tiraillement de ces nerfs que MM. Rolando et Gallo attribuent la répugnance qui se manifesta peu à peu pour toute espèce d'aliment et de boisson, par suite de la gêne et, enfin, de l'extrême douleur de la déglutition. Les contractions musculaires qui opèrent cette fonction ne pouvaient plus produire le raccourcissement de l'œsophage, dont les fibres se trouvaient dans une distension continuelle : en outre, les moindres mouvemens de cette portion de l'appareil de la déglutition devaient imprimer aux

nerfs pneumo-gastriques des secousses ou des tiraillemens qui occasionnaient un accroissement dans le sentiment de gêne et dans la douleur que la malade éprouvait en exécutant cette fonction.

Quelque fondée que puisse être cette explication, ne pourrait-on pas admettre avec autant de vraisemblance une perversion du mode de sensibilité de l'estomac déterminée par la traction et la distension dont il était le siége? Perversion qui insensiblement abolit ici le sentiment de la faim et de la soif, tandis que dans d'autres cas elle donne lieu, au contraire, à une voracité insatiable. Cette réflexion est émise par l'auteur d'un extrait de l'observation d'Anna Garbero, inséré dans les *Annali Univers. di Med.* (1), lequel rapporte à cette occasion l'exemple d'un individu qui fut affecté de boulimie par suite de *l'inflammation des nerfs pneumo-gastriques* qui survint dans un cas de carie des côtes et des vertèbres dorsales. Ce qui lui semble ajouter du poids à son opinion, c'est que la distension de l'œsophage n'existait pas au point d'empêcher le raccourcissement de ce canal dans la déglutition, comme l'expliquent MM. Rolando et Gallo, puisqu'il est dit dans l'observation qu'une simple goutte d'eau dans l'estomac sollicitait le vomissement, qui ne s'opère certainement pas sans raccourcissement et contraction de l'œsophage : l'état de distension de l'estomac aurait donc été la cause de l'éloignement insurmontable que la malade éprouvait pour toute espèce d'aliment ou de boisson.

Mais comment la vie a-t-elle pu s'entretenir aussi longtemps, malgré l'abstinence absolue de toute nourriture? MM. Rolando et Gallo pensent que l'absorption cutanée et pulmonaire y a suppléé, et ils appuient leur opinion

(1) Numéros d'août et septembre 1828, pages 584 et 585.

sur les faits publiés par Fontana, Home, Watson, Cruikshank, Sœmmering, Westrumb, etc. Cette explication, toute plausible qu'elle soit, et à l'occasion de laquelle les auteurs entrent dans des détails que nous n'exposerons pas ici, ne nous semble pas suffisante pour rendre compte des phénomènes observés pendant aussi long-temps. Quoi qu'il en soit, MM. Rolando et Gallo concluent de tout ce qui précède : 1.° qu'une inflammation chronique du rectum a été la première origine du rétrécissement de cet intestin; 2.° que cette altération a causé successivement la rétention et l'accumulation des matières, dont le poids a peu à peu déterminé le déplacement du colon, de l'estomac et le tiraillement de l'œsophage; 3.° que ce dernier effet a été la source de la gêne et de la douleur de plus en plus prononcées dans la déglutition, et, enfin, de l'impossibilité absolue d'avaler; 4.° qu'Anna Garbero réduite dès-lors à vivre de l'absorption des principes nutritifs puisés au sein de ses propres organes, son corps a commencé à ne plus éprouver de perte de transpiration par l'absence de toute exhalation cutanée ou pulmonaire et des autres excrétions, tandis que, très-probablement, l'absorption intérieure a augmenté dans une proportion inverse pour fournir à la nutrition; 5.° qu'enfin, les humeurs du corps ayant perdu progressivement la plus grande partie de leurs élémens nutritifs, et n'offrant plus à l'absorption que des principes altérés, et viciés aussi par le séjour prolongé des matières contenues dans l'intestin, il en est résulté une inflammation lente de l'appareil digestif, avec fièvre, qui s'est terminée par gangrène, et qui a causé la mort.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

INFLUENCE DE LA CONFORMATION DE L'OREILLE EXTERNE SUR L'AUDITION. — *Par le docteur Th. Buchanan, C. M.* — La forme et la grandeur de l'oreille externe, et particulièrement de son angle de réunion avec la tête, de même que l'étendue et la profondeur de la conque, contribuent singulièrement à augmenter ou à diminuer la force de l'ouïe; ces remarques peuvent fournir des indications très-importantes dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de cet organe délicat. Le docteur Buchanan a mesuré comparativement sur plus de cent individus, les diverses proportions de l'oreille externe, relativement au degré de finesse de l'ouïe, et il est arrivé par ses observations curieuses aux résultats suivans :

1.° Quand la conque est large et profonde, que la partie supérieure de l'hélix est un peu saillante, que le lobule de l'oreille est tourné en avant et dirigé diagonalement, et que l'angle de réunion de l'oreille avec le crâne est entre 25° et 45°, l'oreille externe est conformée le plus avantageusement pour réunir et diriger dans le conduit auditif la quantité de rayons sonores nécessaires pour que l'ouïe s'opère clairement.

2.° Si la conque est petite et plate, et que l'angle de réunion de l'oreille avec la tête se rapproche de 40°, cette situation favorable de l'oreille supplée à la conformation vicieuse de la conque;

3.° Lorsque l'angle de réunion est assez aigu, mais que la conque est en même temps large et assez profonde, l'inconvénient résultant du trop grand rapprochement de l'oreille avec la tête, est compensé par la forme avantageuse qu'elle présente.

4.° Quand la conque est petite et plate, et l'angle de réunion au-dessous de 15 degrés, l'ouïe n'est, que très-rarement ou jamais fine et nette, surtout chez les sujets de moyen âge.

5.° Si, avec cette imperfection, le conduit auditif est étroit et circulaire, une semblable disposition augmente les inconvéniens de la conformation défectueuse de l'oreille externe.

6.° Si, avec quelques-unes des imperfections de l'oreille externe sus-indiquées, le conduit auditif est large et conique, et que son diamètre ait six, sept ou huit lignes, l'ouïe sera généralement faible, et cette faiblesse augmentera progressivement avec l'âge.

A cette occasion, le docteur Buchanan fait observer combien est

importante, particulièrement chez les enfans, la manière dont on leur couvre la tête, puisqu'on peut ainsi modifier la conformation et la situation de l'oreille externe. Les exemples suivans qu'il rapporte, prouvent quelle influence peut avoir sur l'audition l'angle de réunion de l'oreille externe avec la tête. Chez un homme de 39 ans, dans le traitement d'une plaie considérable de l'oreille externe, on avait été obligé de maintenir derrière la conque une compresse assez épaisse. De la dépression exercée ainsi sur l'oreille, il en résulta que cette dernière, après la guérison, formait avec la tête un angle de 45°. Par suite de cette situation de l'oreille, qui depuis resta toujours la même, cet individu entendait beaucoup plus clairement de ce côté que de l'autre, où l'oreille ne formait naturellement qu'un angle de 15° par sa réunion avec la tête. — Un homme entendait très-peu de l'oreille gauche, et à peine de l'oreille droite; chez lui le conduit auditif était sec et très-large, la conque aplatie, et l'angle de réunion de l'oreille externe avec la tête n'avait que 16°. Le docteur Buchanan, qui a reconnu que l'enduit cérumineux du conduit est très-nécessaire pour la netteté de l'ouïe, fit d'abord enduire chaque jour le conduit avec une bougie de cire molle, et ce moyen apporta d'abord un changement notable dans la perception des sons; le malade acheva de recouvrer presqu'entièrement le sens de l'ouïe lorsqu'on eût placé derrière chaque oreille un petit coussinet qui maintenait l'une et l'autre écartées de la tête. (*Physiological illustrations*, etc. *Obs. physiologiques sur l'organe de l'ouïe*; Londres, 1828, in-8.°, pl. *Extrait.*)

Vice de conformation du cœur. — *Obs. de J. Mauran, D.-M.* — Après un travail naturel, l'enfant qui fait le sujet de cette observation, vint au monde bien portant en apparence, quoique un peu petit. La respiration s'établit aussitôt et continua à s'exercer régulièrement tant que l'enfant fut tenu en repos; mais on s'aperçut bientôt qu'au moindre mouvement ou au moindre changement de position pour le laver, l'habiller, etc., il n'en était plus de même. L'enfant se mettait aussitôt à crier; la respiration devenait très-gênée et paraissait même presque totalement suspendue; à ces symptômes succédait immédiatement une teinte livide qui s'étendait sur toute la surface du corps. Ces accidens disparaissaient peu-à-peu, lorsque l'enfant était rendu au repos. D'abord ils se reproduisaient aussitôt qu'on le remuait; mais ensuite ils revinrent à des intervalles irréguliers et parurent devenir plus violens. En inclinant l'enfant sur le sein de sa nourrice, et en pressant ainsi légèrement sur l'abdomen et le thorax, ces accès se calmaient lentement, et la teinte bleuâtre si remarquable qui les accompagnait toujours se dissipait peu-à-peu. Le petit malade, qui d'ailleurs tétait assez bien,

vécut ainsi pendant dix mois et demi, et mourut tout-à-coup pendant l'un des accès de suffocation.

« L'autopsie du cadavre fut faite, dit l'auteur, quinze heures après la mort. L'enfant était petit, extrêmement maigre et encore livide. Les viscères abdominaux étaient sains. Les poumons étaient affaissés d'une manière extraordinaire et d'une couleur beaucoup plus pâle que de coutume. En ouvrant le péricarde, je découvris le cœur avec son oreillette du côté gauche, laquelle, d'un volume énorme, était complètement remplie d'un sang noir et fluide. C'était là bien évidemment la cause des accidens ; et pour pouvoir examiner l'état des choses avec plus de soin et plus à loisir, je détachai avec les plus grandes précautions tous les organes thoraciques, et je les emportai. J'eus d'abord l'idée de les injecter ; mais comme expérience préparatoire, je liai les orifices de l'aorte, des branches de l'artère pulmonaires, des veines du même nom et de la veine cave descendante ; puis, ayant introduit un tube dans l'orifice de la veine cave ascendante, j'essayai d'insufler les cavités du cœur. A mon grand étonnement, l'air distendit aussitôt tout le viscère, l'oreillette, le ventricule et les artères coronaires. Ce singulier phénomène me détermina à examiner l'intérieur du cœur. En conséquence, je l'ouvris au moyen d'une incision verticale, faite dans le ventricule depuis la pointe jusqu'à l'origine de l'aorte. Je reconnus alors que ce cœur était *simple*, c'est-à-dire, qu'il n'était formé que d'un *seul* ventricule et d'une *seule* oreillette, communiquant librement ensemble par une large ouverture dont le pourtour était muni d'une valvule tricuspide. Le ventricule, vu en avant, et dans la situation qu'il occupait naturellement, avait la forme d'un triangle dont la base était légèrement inclinée en haut et à gauche. De son angle supérieur naissait l'aorte dont la division et la distribution avaient lieu comme dans l'état normal, excepté cependant que la sous-clavière gauche naissait en arrière de toutes les autres branches.

« L'origine des artères coronaires n'avait rien de remarquable ; mais l'artère pulmonaire offrait la disposition la plus curieuse. Elle naissait du ventricule unique en connexion presque immédiate avec l'aorte, à gauche de ce vaisseau, passait en arrière, se divisait à la manière accoutumée, puis devenant le canal artériel, qui était largement perméable dans toute son étendue, elle venait s'ouvrir dans l'aorte descendante. Cette perméabilité du canal artériel m'engagea à examiner plus attentivement l'état de l'artère pulmonaire, et je découvris qu'elle était complètement oblitérée dans le point où elle naissait du ventricule, et qu'elle formait ainsi un cul-de-sac parfait entre ce point et sa bifurcation. L'oreillette était attachée au côté gauche du ventricule dans une grande étendue. Son volume, lors-

qu'elle était distendue, était plus des deux tiers de celui du ventricule. A la partie antérieure se trouvaient deux appendices auriculaires à parois minces et facilement dilatables. En arrière, les deux veines caves et la veine pulmonaire droite s'ouvraient dans cette vaste cavité auriculaire, et en avant, près de l'origine de l'artère pulmonaire, elle recevait la veine pulmonaire gauche. Une autre disposition des plus remarquables, c'est que les deux autres veines pulmonaires manquaient absolument. Enfin, les parois du ventricule étaient plus épaisses que de coutume, et elles étaient tapissées en dedans d'un grand nombre de colonnes charnues plus volumineuses et plus fortes que dans l'état normal. »

D'après ces dispositions insolites des organes de la circulation, on voit que cette fonction devait être considérablement modifiée. Voici, en effet, comment elle se faisait : le sang, arrivé dans le ventricule, était poussé par la contraction de cet organe dans l'aorte à la manière ordinaire ; mais aucune portion de ce liquide ne pouvait se rendre directement aux poumons, à cause de l'imperforation de l'artère pulmonaire au point de son origine. La petite circulation se faisait donc par un courant rétrograde, qui, de la crosse de l'aorte, se portait aux artères pulmonaires au moyen du conduit artériel ; et cette portion du sang, après avoir traversé les poumons, venait se rendre dans l'oreillette au moyen des deux veines pulmonaires, et se mêlait avec celui qui affluait dans cette cavité par les veines caves ascendante et descendante.

Ce cas de vice de conformation du cœur est un des plus intéressans que l'on ait observé jusqu'à présent (1). Il prouve, en effet, que la vie peut se soutenir pendant un temps très-long, malgré un dérangement si notable d'une des fonctions les plus importantes; dérangement en vertu duquel il n'y avait pas même un quart du sang en circulation qui pût être soumis à l'influence de l'air dans les poumons ; et encore cette faible quantité se mêlait-elle au sang noir des veines caves avant d'être portée dans toute l'économie. D'un autre côté, il vient déposer fortement en faveur du principe aujourd'hui généralement admis par les physiologistes, que les monstruosités ne sont autre chose que la persistance anormale d'un état des organes qui, dans les animaux d'un ordre supérieur, ne devait être que transitoire, mais qui reste naturellement permanent dans les animaux inférieurs. Nous regrettons que M. Mauran n'ait pas cherché à déterminer, à l'aide du thermomètre, quelle était la température de cet enfant extraordinaire. Nous sommes portés à croire, d'après les belles recherches

(1) Un cas analogue est décrit et figuré dans les *Transactions philosophiques* de la Soc. roy. de Londres, pour l'année 1805, 1.re part., p. 228. Mais l'enfant qui en est le sujet ne vécut que dix jours.

du D.r Edwards sur la production de la chaleur chez les animaux (1), qu'il l'aurait trouvée inférieure à celles des enfans du même âge. Il est probable aussi que cet enfant, comme les très-jeunes animaux à sang chaud et les vertébrés à sang froid, n'avait qu'une très-faible production de chaleur, et qu'en conséquence sa température devait suivre, jusqu'à un certain point, les variations de la température extérieure, comme il arrive pour les vertébrés à sang froid et pour certains animaux à sang chaud, pendant un certain temps après leur naissance; car, sous le rapport de la circulation, cet enfant était absolument dans les mêmes conditions que les premiers. En effet, on voit, par la description que nous en avons donnée plus haut, que l'appareil circulatoire offrait une ressemblance frappante avec celui du requin. (P. V.) (*The Philadelphia Journal of the med. and phys. scienc.* Nouv. série; août 1827.)

Sur la texture des reins; *par Huschke, prof. à Jena.* — M. Huschke a examiné des reins de mammifères, d'oiseaux et de reptiles; sur les reins de l'homme, du cheval, etc., soustraits à la pression de l'atmosphère au moyen de la machine pneumatique, il est parvenu à injecter les canaux urinifères par la voie des uretères. L'injection pénètre dans le bassinet et jusque dans les canaux corticaux de Ferrein, de manière que la surface de l'organe en est teinte en entier, comme chez le cheval, ou en partie, comme chez l'homme et d'autres mamifères. Ordinairement les canaux urinifères se remplissent seuls; quelquefois une petite portion de la masse à injection pénètre dans le réseau veineux, mais jamais elle n'arrive dans les granulations de Malpighi. Les tubes de Bellini commencent au mamelon, se sous-divisent par bifurcation, et suivent une marche tout-à-fait droite en divergeant. Leur nombre a été exagéré par Eysenhardt. Arrivés dans la substance corticale, ils forment les pyramides de Ferrein en s'agglomérant par faisceaux. A la surface de l'organe ils prennent une marche tortueuse, se rétrécissent peu-à-peu, en revenant vers la substance médullaire, sans cependant l'atteindre de nouveau. Ils disparaissent enfin sans pénétrer dans les granulations de Malpighi. Les mamelons sont différemment conformés dans plusieurs mammifères; chez l'homme et chez beaucoup d'autres, ils forment des saillies coniques dans le bassinet ou les calices; chez le cheval, les canaux de Bellini commencent non sur des saillies, mais dans des enfoncemens. Cette partie de la substance médullaire est abondamment pourvue de vaisseaux sanguins. La distribution des artères est suffisamment connue; les granulations de Malpighi ne sont que des agglomérations artérielles; dont M. Huschke

(1) Voyez *Influence des agens physiques sur la vie.*

n'a pu parvenir à débrouiller la structure. Ces granulations fournissent un réseau vasculaire très-fin qu'Eysenhardt avait déjà bien vu, et qui entoure les canaux corticaux.

Dans la substance médullaire, ces vaisseaux prennent la même direction que les tubes de Bellini; aussi les trouve-t-on souvent confondus avec ces tubes; et les anatomistes qui n'ont fait des injections que par les vaisseaux sanguins, ont cru que les tubes de Bellini avaient leur origine dans les granulations de Malpighi. Ces granulations sont plus abondantes en proportion dans les reins des nouveau-nés; et les canaux urinifères corticaux sont presque aussi larges que dans l'âge plus avancé.

Dans la classe des oiseaux, M. Hurschke a examiné les reins chez le pigeon, l'oie et le canard; les injections lui ont le mieux réussi sur ce dernier. Les canaux urinifères ne sont pas droits, comme dans les mammifères, et ne reviennent point sur leur pas lorsqu'ils sont arrivés à la surface du rein. Ils sont pinnatifides, et leur marche est un peu ondulée. Il ne paraît pas que leurs extrémités s'anastomosent entre elles. Les granulations de Malpighi ne sont en communication qu'avec les vaisseaux artériels et sans connexion avec les canaux urinifères.

La structure des reins des serpens est, à quelques modifications près, la même que chez les oiseaux.

Dans les grenouilles, les granulations de Malpighi ne sont en communication, comme dans les animaux supérieurs, qu'avec les vaisseaux sanguins artériels. L'injection faite par l'uretère passe avec la plus grande facilité dans le système veineux de Jacobson. Les canaux urinifères sont de deux espèces : ceux de la surface inférieure du rein sont tortillés entre eux, et ressemblent jusqu'à un certain point aux canaux des mammifères; ceux de la face supérieure du rein, au contraire, sortent de l'uretère sur une seule rangée, et se prolongent en serpentant vers le bord interne de l'organe; dans ce trajet ils ne communiquent pas entre eux, seulement quelques-uns se bifurquent, pour se renfler en une petite vésicule qui les termine. Ces vésicules doivent être bien distinguées des granulations de Malpighi; elles forment une espèce de chapelet le long du bord interne du rein (*Bull. des Sc. méd.*, novembre 1828.)

Expériences sur les causes du développement des corps jaunes de l'ovaire, *par J. K. Mitchell, M. D.* — Presque tous les physiologistes s'accordent à penser que le développement du corps jaune, *corpus luteum*, est une conséquence constante de la conception; mais il s'en faut de beaucoup que leur opinion soit aussi unanime sur la question de savoir s'il n'est jamais produit que par la conception. L'auteur passe succinctement en revue les diverses opinions émises à cet égard par les physiologistes qui ont étudié cette

question. Il fait voir combien elles sont divergentes, puis il ajoute :

« Comme cette question est de la plus haute importance pour la médecine légale, et que les autorités pour ou contre sont également imposantes, j'ai cru devoir, pour la décider, répéter quelques-unes des expériences de M. Blundell qui ont le plus de rapport avec mon sujet. En conséquence, dans l'été de 1822, je me procurai un certain nombre de jeunes lapines, sur lesquelles je fis les expériences suivantes.

« *Expérience A.* — Je coupai une petite partie de la trompe de Fallope de chaque côté; puis les parties furent remises en place, et une marque fut faite à l'oreille de l'animal. Cette lapine, quoique parfaitement guérie, ne voulut pas recevoir le mâle. Je la sacrifiai au mois d'avril 1823, et en examinant avec la plus grande attention les parties, je trouvai les ovaires petits, dépourvus de vésicules, et ne contenant aucune trace de corps jaune.

« *Expérience B.* — Je fis, sur un autre animal, une incision dans la corne gauche de l'utérus, et je laissai les parties en place. Malgré cette opération, cette lapine devint en chaleur, fut couverte par le mâle, et mourut le 27 mai 1823. La corne gauche de l'utérus était vide, son extrémité coupée s'était réunie, et dans l'autre corne je trouvai plusieurs fœtus. Plusieurs corps jaunes se voyaient sur les deux ovaires.

« *Expérience C.* — Je coupai transversalement le vagin tout près de l'utérus, puis tirant la portion inférieure de ce canal hors de sa situation naturelle, au moyen d'un fil, je fermai la plaie extérieure avec une ligature. Au commencement de l'année 1823, la lapine devint en chaleur; puis son ventre grossit peu à peu, absolument comme si elle eût été pleine. Le 9 avril, elle commença ses préparatifs pour mettre bas, en s'arrachant le poil pour faire le nid de ses petits. Pendant deux jours, elle parut être en travail; elle semblait extrêmement mal à son aise d'une aussi longue prolongation d'un acte qui s'accomplit si promptement pour l'ordinaire. Enfin, en présence de MM. les docteurs Harlan, Meigs et Darrach, je tuai l'animal, et je procédai à l'examen du cadavre. Les extrémités du vagin, qui résultaient de la section transversale de cet organe, étaient complètement oblitérées, formaient un cul-de-sac parfait, et la portion inférieure avait contracté des adhérences avec le fond de la vessie urinaire. Les deux utérus étaient développés à peu près comme ils le sont à la fin de la gestation, et étaient remplis d'un liquide limpide et incolore, dans lequel je ne pus découvrir la moindre trace d'embryons ou de fœtus. L'ovaire gauche offrait plusieurs grosses vésicules, et sur ces deux organes on voyait distinctement plusieurs *corps jaunes*.

« *Expérience D.* — Je répétai l'expérience précédente exactement de la même manière; et la lapine, après avoir été couverte par le

mâle, mourut au mois d'avril 1823. L'utérus était distendu par un liquide aqueux, comme dans le cas précédent; le cul-de-sac formé par le vagin en contenait aussi. Les ovaires avaient leur volume ordinaire, et contenaient plusieurs vésicules très-apparentes; mais, à cause du mauvais état de mon livre de notes, je ne puis affirmer qu'il y eut des corps jaunes; cependant je suis porté à le croire.

« *Expérience F.* — Je répétai l'expérience *A*, en enlevant environ un pouce des deux trompes de Fallope, et en fermant soigneusement la plaie extérieure par quelques points de suture. Au printemps suivant, en 1823, la lapine ainsi mutilée ne voulut pas souffrir les approches du mâle et mourut quelque temps après. Les ovaires étaient petits, les cornes utérines imparfaitement développées, et la cavité de l'abdomen remplie d'un grand nombre d'hydatides.

« C'est un fait assez remarquable que, dans les deux cas de résection des trompes de Fallope, les utérus et les ovaires n'aient éprouvé qu'un développement partiel, tandis qu'au contraire leur développement a été parfait lorsque l'opération avait été faite sur le vagin et sur l'utérus.

« De ces expériences et de plusieurs autres faites dans le même but, et confirmant d'ailleurs l'opinion de M. Blundell, il me semble que l'on peut conclure que les *corps jaunes*, ou, pour mieux dire, les *cicatrices jaunes*, n'existent pas dans les ovaires des femelles qui n'ont pas souffert les approches du mâle; mais que leur présence n'est pas une preuve irréfragable qu'il y a eu conception; puisqu'on les trouve dans les cas où il y a eu coït, et coït nécessairement stérile, comme dans les expériences précédentes. » L'existence de ces corps peut donc prouver qu'il y a eu coït, mais jamais qu'il y a eu conception. (*The Philadelphia Journ. of the med. and phys. sciences.* Nouv. série, août 1827.)

Pathologie.

Hallucinations attribuées a la suppression du flux hémorrhoidal.— Un gentilhomme de Carlsruhe, en Silésie, âgé de 60 ans, d'un esprit très droit, d'un jugement sain et très-éloigné de toute idée superstitieuse, jouissait habituellement d'une bonne santé; seulement il était sujet aux coliques et au flux hémorroïdal; en outre, il portait d'un côté une cataracte, et de l'autre la vue était très-affaiblie et trouble. Il fut un jour très-effrayé par le feu qui prit à une maison voisine de la sienne. Dans la soirée de ce jour, sa femme remarqua qu'il paraissait inquiet et faisait des questions singulières. Vers six heures, lorsque les chandelles furent allumées, il assura très-sérieusement à sa femme que sa nièce était entrée dans sa chambre, qu'elle avait pris sa main, et qu'elle s'était retirée au moment qu'il se levait pour la recevoir; il dit encore qu'elle était accompa-

gnée de son mari et de trois autres personnes qu'il ne connaissait pas. Il se rendit pour souper dans une chambre située au-dessus de celle où il se trouvait, prit son repas, et redescendit dans la chambre inférieure toujours accompagné de ces êtres fantastiques, dont deux se mirent au lit avec lui. A la fin, fatigué de cette vision, Il se couvrit la tête de sa couverture, et s'endormit paisiblement. Le lendemain une nouvelle illusion eut lieu; il voyait tous les murs disposés en carrés noirs et blancs comme un échiquier, et l'illusion était si forte qu'il gâta plusieurs gravures qui tapissaient son appartement. Cet état dura deux jours, après quoi la vue revint à son état naturel. Il se plaignit alors d'un peu de faiblesse et de vertiges; son sommeil, son pouls et son appétit étaient d'ailleurs très-bons. Quelques laxatifs, des bains de pieds, et plus tard la teinture de quinquina, ramenèrent les hémorrhoïdes et procurèrent une guérison parfaite. (*Hufeland's Journ.*, septembre 1824; et *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, avril 1828.)

Satyriasis consécutif a un coup sur la région occipitale inférieure. — *Obs. de M. Chauffard, médecin à l'hôpital d'Avignon.* — Chav....., âgé de 53 ans, de mœurs douces et d'un caractère paisible, fait une chute dans sa chambre et frappe violemment de la nuque contre un des angles du lit : empâtement de la région occipitale inférieure, altération subséquente des habitudes du malade. Il est pris d'un violent et continuel satyriasis, et d'une telle salacité, qu'il poursuit à outrance sa femme, ses filles, et en général toutes les personnes du sexe. Jusqu'alors pieux et modeste, il tombe peu-à-peu dans le délire le plus érotique, et s'abandonne sans mesure aux propos et aux actes les plus indécens. Cet état s'accroit pendant environ trois mois; en même temps son intelligence et ses forces s'affaiblissent, lorsqu'à la suite d'une ardente colère que lui occasionnent les refus de sa femme, il tombe en convulsions, se plaint ensuite d'une vive douleur en avant du sommet de la tête, et ne ressent plus celle qu'il éprouvait à la partie postérieure et inférieure du crâne. Commencement de paralysie du côté gauche, cessation du satyriasis et du délire érotique; délire religieux, marmotement continuel de prières, etc.; phénomènes qui durent jusqu'à la mort, arrivée huit jours après cette conversion des phénomènes morbides. Quelque curieuse qu'eût été l'ouverture du cadavre, elle ne fut point pratiquée.

Si le coup violent reçu par le malade n'a pas déterminé une altération spéciale du cervelet, et si le cervelet ne préside pas aux fonctions de l'amour physique, comment expliquer la brusque manifestation de ce satyriasis extraordinaire? Quant au délire religieux qui survint quelques jours avant la mort, on peut s'en rendre raison

de cette manière : à la suite d'une émotion violente, congestion, et probablement hémorrhagie cérébrale; injection de la substance encéphalique, exaltation de la sensibilité de l'organe prédominant, l'organe le plus souvent en exercice; lésion suffisamment indiquée par la coïncidence à la partie moyenne, postérieure et supérieure du coronal (1), avec l'exaltation des sentimens religieux habituels au malade.

On s'en tint pour tout traitement à des boissons insignifiantes et à l'application de deux sangsues à chaque tempe, trois jours avant la mort; application qui fut suivie d'un œdème sous-cutané considérable, et de l'exaspération des symptômes; accroissement de la fluxion morbide par la fluxion que l'art provoqua empiriquement si près de la partie engorgée. (*Journ. univ. des Sc. méd.*, déc. 1828.)

Empoisonnement par le fromage. — *Observations recueillies par le docteur Westrumb.* — Le 10 novembre 1826, M. Westrumb fut appelé pour donner des soins à un maçon et à sa fille âgée de 10 ans, ainsi qu'à une de ses parentes âgée de 68 ans. A son arrivée, M. Westrumb trouva les deux adultes qui vomissaient et se plaignaient de vertiges, de céphalalgie, de frissons alternant avec de la chaleur, d'anxiétés, de pression à l'épigastre et de douleurs lancinantes dans le bas-ventre. Le pouls était petit, dur et fréquent; la peau sèche et chaude; les pupilles étaient dilatées, des tremblemens se manifestaient de temps à autre dans tous les membres; les selles liquides étaient accompagnées de ténesme; les matières vomies répandaient une odeur de fromage et étaient légèrement alcalines. La femme du maçon rapporta que, dans la matinée, elle avait acheté du fromage dont les trois malades avaient mangé avec appétit pour leur goûter, et qu'ils avaient trouvé fort bon. Mais une demi-heure après en avoir mangé, la fille se plaignit de violentes coliques, vomit à plusieurs reprises et eut de la diarrhée; peu de temps après, les adultes furent également attaqués, mais après quelques vomissemens et des selles liquides ils se sentirent soulagés. M. Westrumb prescrivit un léger vomitif, fit boire de l'eau tiède et administrer des lavemens laxatifs. Il n'avait pas encore fini de les prescrire, qu'il fut appelé chez une famille composée de quatre personnes adultes qui, après avoir mangé du fromage acheté au même marché, furent atteintes des mêmes maux que la famille du maçon, et même avec plus d'intensité, car, chez les deux personnes qui avaient mangé la plus grande portion de fromage, de légers délires, des spasmes, du hoquet, une figure rouge et une grande soif se joignirent aux coliques, au ténesme, aux vomissemens et à la diarrhée. Les deux autres personnes étaient

(1) On sait que c'est là que Gall a placé l'organe de la théosophie.

moins gravement affectées ; ces deux malades prirent, ainsi que la famille du maçon, un vomitif, puis une tasse de café bien fort, et, enfin, des émulsions gommeuses, avec l'acétate de soude (*natron acidulum*) ; ces moyens réussirent complètement, les cinq individus chez lesquels on les employa furent rétablis le surlendemain. Il n'en fut pas de même des deux personnes plus gravement affectées ; chez celles-ci les symptômes inflammatoires se développèrent si promptement, que M. Westrumb ne jugea pas prudent d'administrer le vomitif, il préféra faire faire des fomentations froides sur la tête, et appliquer vingt sangsues sur la région épigastrique ; le lendemain, les symptômes nerveux (délire, spasmes, hoquet,) étaient diminués, mais la gastro-entérite n'en était que mieux caractérisée ; elle ne céda qu'au bout de huit jours à un traitement approprié.

M. Westrumb range le poison du fromage dans la classe des narcotico-âcres, c'est d'après cette opinion qu'il a dirigé son traitement.

Après avoir rapporté ces observations, M. Westrumb examine de quelle manière le fromage peut acquérir des propriétés aussi délétères que celles qui ont occasionné l'empoisonnement de ces sept individus ; suivant lui, cela peut provenir des causes suivantes : 1.° le lait qui a servi à faire le fromage peut avoir été fourni par des vaches malades ou qui se sont nourries de plantes vénéneuses ; l'empoisonnement arrive rarement par cette cause, les maladies diminuent ordinairement la sécrétion du lait ou le rendent impropre à la préparation du beurre et du fromage, et le bétail ne mange des plantes vénéneuses, telles que l'euphorbe, que dans les cas où il ne trouve pas d'autre nourriture ; 2.° le fromage peut acquérir des qualités vénéneuses quand il est préparé dans des vases de cuivre, d'étain allié de plomb, ou dans des vases de terre dont l'émail n'est pas intact ; cependant, l'analyse chimique a rarement fait découvrir du cuivre et du plomb dans les fromages vénéneux ; et encore plus rarement en quantité suffisante pour causer des accidens ; la Gazette de santé de 1766, n.° 22, rapporte une observation qui prouve qu'un vase de terre dont l'émail a des fissures peut communiquer des qualités délétères au fromage qui y est préparé ou conservé. Il est aussi arrivé qu'en voulant ajouter du cumin au fromage, on a pris, par mégarde, des graines de jusquiame, et que des personnes ont été empoisonnées de la sorte. Il y a enfin une troisième voie par laquelle l'empoisonnement peut avoir lieu, c'est dans le cas d'une décomposition chimique du fromage, qui aurait produit un nouveau poison ; c'est là ce qui a eu lieu dans l'observation de M. Westrumb, ainsi que l'a prouvé l'analyse chimique du fromage faite par M. Sertuerner, et dont nous allons donner un extrait : M. Sertuerner, ayant traité le fromage empoisonné par l'alcohol, en retira un extrait brunâtre de nature acide,

possédant à un haut degré l'odeur spécifique du fromage. Cette substance (A) contenait un sel ammoniacal, à l'acide duquel MM. Serturner et Westrumb attribuent une qualité vénéneuse, mais dont ils n'ont pu examiner la nature chimique. Le liquide brunâtre, qui fournit l'extrait A, était surnagé d'une matière caséo-graisseuse acide (B), en forme d'huile brunâtre, laquelle ne tarda point à se concréter. Le goût en était astringent et nauséeux, l'odeur pénétrante caséeuse; elle était soluble dans l'eau chaude et dans l'alcohol à froid, plus pesante que le beurre, et de nature acide. Le résidu, traité par l'alcohol bouillant, donna, par filtration, un précipité blanc grisâtre (C), légèrement acide, fondant à une légère chaleur en une huile soluble dans l'alcohol chaud, et formant, ainsi que la substance B, avec les alcalis, une espèce de savon. Il résulte, des expériences faites sur les animaux vivans avec les trois substances A, B, C, que A et B sont des poisons très-actifs, et que C l'est à un moindre degré. Ces poisons exercent une irritation très-vive sur toute la surface du canal intestinal; donnés à un chien, à la dose de quinze grains, ils produisirent une violente inflammation gastro-intestinale suivie de la mort. (*Horn's Archiv.* 1828, *Januar und Februar.*)

Dégénération calculeuse du scrotum. — *Observ. de M. Valentine Mott, professeur de chirurgie à New-Yorck.* — J. R...., âgé de 73 ans, riche fermier de Long-Island, voyait, depuis deux ou trois ans, sa santé décliner rapidement. Il était tourmenté de vomissemens, de rapports aigres, d'un sentiment de brûlure dans la région du pylore, et, enfin, de tous les symptômes qui dénotent une affection organique de l'estomac. Cette maladie était accompagnée d'une altération singulière du scrotum, dont les progrès avaient été si rapides pendant la dernière année, que le malade se décida à consulter M. Mott.

Le scrotum était monstrueux, douze ou quinze fois plus volumineux que dans l'état ordinaire, et descendant jusqu'au tiers inférieur des cuisses. Il était aplati en avant et en arrière, et parsemé, surtout sur les deux côtés, de plusieurs douzaines de tumeurs de grosseur variable, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noix muscade, d'une consistance pierreuse, d'une couleur blanche, et recouvertes par les tégumens. Cet assemblage de tumeurs avait à peu près l'aspect d'une énorme grappe de raisin. Les tégumens, qui enveloppaient deux ou trois des plus gros de ces corps, étaient ulcérés depuis plus d'un an, et fournissaient constamment une matière purulente très-fétide. Au fond de ces ulcérations on appercevait des corps blancs, arrondis, d'une consistance pierreuse. Une matière blanche, semblable à du mortier, s'écoulait par les ulcérations; elle était produite par le détritus des calculs entraîné par le liquide purulent. Cette

maladie avait commencé vingt ans auparavant, et avait augmenté graduellement; les tumeurs se multipliaient à mesure que le scrotum devenait plus volumineux. Le malade, d'ailleurs, ne connaissait aucune cause à laquelle il pût rapporter cette affection.

Après un examen attentif, M. Mott résolut d'enlever avec l'instrument tranchant toute cette masse morbide. A cet effet, il pratiqua une incision qui circonscrivait la base du scrotum, et, par une dissection très-minutieuse, il détacha les tégumens altérés des parties sous-jacentes qui étaient parfaitement saines, en conservant, toutefois, un lambeau de peau de la partie inférieure et postérieure du scrotum. Après avoir lié les nombreuses artérioles ouvertes pendant l'opération, il ramena en avant la portion de tégument qu'il avait conservé, de manière à recouvrir le plus possible les parties dénudées, et le reste de la plaie fut pansé simplement avec de la charpie maintenue par un bandage en T. Il ne survint aucun accident, et en très-peu de temps la cicatrice fut complète. L'auteur ajoute que, depuis trois ans, M. R.... jouit d'une santé parfaite. (*The Philadelphia Journ. of the Med. and Phys. Sciences*, août 1827, n.° 10.)

Thérapeutique.

Traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine appliqué selon la méthode endermique; *par le professeur C. Speranza.* — La pratique de la médecine prouve que dans un grand nombre de cas il est impossible d'administrer aux malades certains médicamens, soit à cause de la difficulté de la déglutition ou du vomissement qu'ils déterminent, soit par la répugnance insurmontable qu'ils inspirent, soit à cause du jeune âge du sujet; on peut ajouter qu'il arrive aussi que l'action des liquides contenus dans l'estomac est quelquefois susceptible de modifier singulièrement les propriétés de quelques substances médicamenteuses. Ces différentes circonstances dans lesquelles on a recours avec avantage aux médications par la méthode endermique, ont engagé le docteur Speranza à employer de cette manière le sulfate de quinine, dans le traitement d'un assez grand nombre de fièvres intermittentes. Il cite, entre autres, quinze cas de fièvres tierces, développées au printemps, qui ont cédé immédiatement après l'administration du sel de quinine appliqué sur une surface privée d'épiderme à l'aide de vésicatoires. Chez tous les malades la fièvre existait depuis plusieurs jours, sans altération locale manifeste, à l'exception de deux d'entre eux qui présentaient des symptômes gastriques. Sans faire prendre à aucun de médicamens purgatifs, un vésicatoire fut appliqué de prime-abord, et, dans la plupart des cas, le jour même de la fièvre : le sulfate de quinine était mis à la fin de l'accès, ou au commencement

de l'apyrexie. Le bras a été choisi pour l'application du vésicatoire, comme la région la plus commode pour le pansement : on frottait fortement la peau avec du vinaigre très-concentré, afin de hâter la formation de la bulle séreuse produite par l'épispastique; immédiatement après avoir enlevé l'épiderme, on plaçait sur la surface dénudée 8 ou 10 grains de sulfate de quinine incorporés dans une petite quantité de pommade. On pansait la plaie le second jour, en enlevant ce qui restait à sa surface, soit de la pommade, soit de concrétions membraniformes : il est probable qu'il y avait la moitié du sulfate de quinine d'absorbé, d'après la quantité qu'on en retrouvait dans les matières restées à la surface de la plaie.

En suivant cette méthode on a vu le plus souvent la fièvre disparaître après une première application sans qu'il ait été nécessaire d'en faire une seconde. Non seulement les fièvres dont le type avait été primitivement tierce, mais celles qui avaient été d'abord continues avant de devenir intermittentes, ont été traitées de cette manière avec un égal succès. Dans aucun cas, on n'a vu de récidive, ce qui est assez commun après l'administration du sulfate de quinine à l'intérieur : chez quelques sujets, où divers symptômes d'affections organiques avaient nécessité l'usage d'évacuans ou de toniques après la disparition de la fièvre, cette dernière n'a pas reparu dans le cours de ce traitement secondaire. On n'a point observé que l'application du vésicatoire, pendant le paroxysme fébrile, ait déterminé aucun trouble dans les organes urinaires, ni d'irritation du col de la vessie. Chez quelques individus seulement, on a remarqué une inflammation du bras plus vive qu'elle n'est communément, et qui a nécessité l'emploi de topiques émolliens (*Annali universali di med.* : novembre et décembre 1828.)

Sur l'emploi du musc dans le traitement de l'épilepsie; *par H. Rech, de Montpellier.* — I.re *Obs.* — Rose Nougaret, née de parens sains, fut admise au dépôt de police le 13 mai 1825. Il y avait dix mois environ qu'à la suite d'une vive frayeur elle avait éprouvé une attaque d'épilepsie; d'autres attaques avaient succédé et se répétaient une ou deux fois toutes les vingt-quatre heures. Quand la malade fut soumise à notre examen, elles avaient lieu surtout pendant la nuit. Plusieurs moyens thérapeutiques avaient été mis en usage, on avait insisté principalement sur les purgatifs et sur les saignées, le tout vainement. Rose Nougaret était âgée de 14 ans, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique; elle était affaiblie et décolorée; les menstrues n'avaient point encore paru; toutes ses attaques s'annonçaient par une douleur qui se faisait sentir au bas de l'une de deux jambes, et qui remontant jusqu'à l'estomac, *le fermait*, selon l'expression de la malade. Aussitôt après

la perte de connaissance et les mouvemens convulsifs survenaient, duraient de cinq à dix minutes et se terminaient par une abondante excrétion de salive. La stupeur qui succédait était toujours assez prolongée. Du reste, le sommeil était bon. L'appétit se soutenait, et toutes les fonctions conservaient leur état naturel. Après avoir resté quelques jours dans les salles du dépôt de police, pendant le service de M. Delmas, la malade nous fut envoyée par ce collègue, et immédiatement soumise à l'emploi du musc. On lui en administra trois grains par jour, un le matin, un vers midi et l'autre dans la soirée; cette même dose fut répétée pendant trois jours, et pendant trois jours les attaques manquèrent complètement. Étonné d'un changement si prompt, et désirant m'assurer s'il était dû à l'usage du musc, je le fis suspendre pendant deux jours, et les attaques se montrèrent comme auparavant pendant la nuit. Le médicament fut repris, et les attaques disparurent de nouveau; quatre jours après, une seconde épreuve fut tentée et donna le même résultat. Bien certain alors que la suspension des attaques avait été due à l'emploi du musc, je le fis continuer pendant deux mois, toujours à la même dose. Aucune attaque n'ayant reparu pendant tout ce temps, la dose fut diminuée peu à-peu, et après un mois, le médicament fut entièrement abandonné. Au commencement de cette médication, la malade avait éprouvé des douleurs gravatives dans le ventre; l'application réitérée de quelques sangsues à la vulve, et les bains tièdes répétés de loin en loin, avaient suffi pour les faire disparaître : ce fut le seul accident qui se montra pendant tout le cours de ce traitement. Rose Nougaret resta encore un mois dans l'hôpital et sortit après, encore faible et décolorée, mais jouissant d'une bonne santé.

La disparition subite de l'épilepsie devant l'emploi du musc, et les deux épreuves tentées au commencement de la médication, ne peuvent laisser aucun doute sur l'action de ce médicament. Les soins prodigués à la malade, qui vivait auparavant dans la misère, purent bien aider à la guérison, mais ne furent bien certainement que d'un faible secours. Ce qui le prouve, c'est que, quoique Rose Nougaret soit retombée dans la plus affreuse misère, l'épilepsie n'a pas reparu, la menstruation s'est bien établie, le corps s'est développé, et la constitution s'est reformée. J'ai vu cette jeune fille, il y a peu de mois, près de trois ans, par conséquent, après la guérison, elle avait toutes les apparences d'une forte santé.

IIe *Obs.* — J. J. Cabanes avait joui d'une très-bonne santé jusqu'à l'âge de 18 ans; à cette époque, ayant perdu sa mère, et au moment de son affliction la plus vive, ayant éprouvé une forte

frayeur, il eut une attaque d'épilepsie à l'instant même; des attaques fréquentes eurent lieu par la suite, elles permettaient cependant au malade de se livrer à son métier de forgeron. Quatre ans s'écoulèrent ainsi; les attaques devinrent plus rares, s'accompagnèrent de douleur de tête, l'appétit se perdit, les forces diminuèrent, le malade maigrit beaucoup, et il fut obligé d'entrer au dépôt de police; il y fut saigné deux fois et prit deux médecines. Le premier avril 1826, il fut soumis à mon examen. Cet homme est de taille et de constitution moyennes, d'un tempérament lymphatique; il était maigre, pâle, triste et irritable; il offrait ce *facies* propre aux épileptiques qui le sont depuis long-temps, dormait très-peu, éprouvait constamment de grands maux de tête; ses attaques n'étaient annoncées par aucun symptôme précurseur, elles duraient près d'un quart d'heure et reparaissaient tous les huit ou quinze jours, quelquefois à des intervalles moindres, jamais à des temps plus éloignés. Il fut soumis peu de jours après son entrée, à l'usage du musc administré comme dans l'observation précédente; seulement, à cause des maux de tête, on fit prendre tous les matins un bain tiède de deux heures. Sous cette médication les douleurs de tête disparurent, l'appétit et la gaîté revinrent, le *facies* changea complètement; et un mois et demi s'écoula sans qu'aucune attaque d'épilepsie se montrât, quoique le malade eût éprouvé des émotions très-violentes. Au bout de ce temps il eut une indigestion; aussitôt les maux de tête reparurent, il se manifesta une grande irritation intestinale, et la diarrhée survenant, il fallut suspendre les bains et le musc. Des boissons délayantes au commencement, l'infusion d'ipécacuanha plus tard, suffirent pour faire disparaître les derniers symptômes; les douleurs de tête persistèrent, le sommeil fut interrompu par des songes fréquens: l'épilepsie cependant ne reparut pas. Au bout de huit jours, je crus pouvoir administrer de nouveau le musc, et je comptais déjà sur la guérison, lorsque trois jours à peine étant écoulés il survint une attaque d'épilepsie qui fut suivie d'une seconde peu de jours après. Il y en eut deux dans le mois suivant. Elles allèrent en se multipliant encore; le musc se digérait difficilement, et il fallut enfin l'abandonner. Les douleurs de tête ne sont plus continues, mais elles ont lieu toutes les fois que l'accès doit venir, elles le précèdent de deux ou trois jours. Cabanes présente du reste le même état qu'à son entrée à l'hôpital; le *facies* épileptique s'était représenté en même temps que les attaques.

Dans cette seconde observation le musc a échoué. C'est à lui cependant qu'il faut attribuer le mieux momentané qu'a éprouvé le malade (les bains avaient été employés seuls plusieurs fois sans qu'ils eussent apporté aucun soulagement.)

Le musc fut essayé par M. Rech, sur une jeune femme d'une forte constitution, d'un tempérament éminemment sanguin. Les mauvais effets du médicament obligèrent à y renoncer. Pendant tout le tems qu'il fut employé, l'épilepsie fut plus intense; et au bout d'un mois l'apoplexie paraissait imminente.

En comparant ces trois faits entr'eux, M. Rech ne trouve d'autre circonstance propre à expliquer la différence des résultats obtenus, que la différence même de constitution des malades. Rose Nougaret, dit-il, était d'un tempérament lymphatique et d'une frêle constitution; elle était encore affaiblie par la misère : les effets du musc, chez elle, furent avantageux, rapides et constans. Cabanes avait bien aussi un tempérament lymphatique, mais il était en outre nerveux, et sa constitution moyenne d'abord n'était pas entièrement détériorée; le musc agit sur lui aussi promptement que dans le premier cas, mais ce ne fut que momentanément, et ce qui est digne de remarque, ses effets cessèrent d'être utiles dès le moment où la constitution du sujet fut rétablie par l'absence du mal, par le contentement qu'il en éprouvait et par le régime régulier auquel il avait été soumis. Enfin, chez la dernière malade, dont le tempérament était sanguin et la constitution robuste, le musc augmenta l'intensité de l'épilepsie dès les premiers jours où il fut administré, et il fallut en abandonner l'emploi au bout d'un mois. La conclusion à déduire de ce rapprochement est frappante : *les effets du musc ont été parfaitement en rapport avec la faiblesse de la constitution et celle du tempérament.* Si l'on considère maintenant que ce résultat s'accorde très-bien avec l'action thérapeutique attribuée eu général au muse, ne sera-t-on pas forcé d'avouer qu'il mérite l'attention des médecins (*Éphém. méd. de Montp.*; t. IX, p. 133.)

Efficacité du proto-chlorure de mercure par précipitation (précipité blanc) contre la dartre squammeuse; *observ. par M. le docteur Félix Vaquié.* — Ire *Obs.* — M. L...., âgé de 30 ans, portait depuis long-temps une dartre qui, placée à la partie interne de chaque jambe et sur le tarse, se dirigeait vers le bord interne du pied, et avait la largeur de deux écus de six livres; un fond très-large apparaissait dans les points qui n'étaient pas recouverts par des écailles d'un blanc-jaunâtre. On s'apercevait facilement, à la rougeur luisante des parties voisines, qu'elles avaient été successivement parcourues par l'exanthème, et l'épiderme s'en détachait encore sous la forme pulvérulente. Les émissions sanguines, les lotions avec une solution d'amidon, les frictions avec la pommade de concombre, puis avec le cérat soufré, furent employées sans aucun succès. On prescrivit alors une pommade avec *cyanure de mercure*, quinze grains; *axonge*, une once; *essence de citron*, six gouttes; mais par méprise,

le pharmacien remplaça le cyanure de mercure par le précipité blanc. En moins d'une semaine, la dessiccation de l'exanthème fut parfaite, et le prurit cessa dès la seconde application de cette pommade. La maladie n'a pas récidivé.

IIe *Obs.* — P. R., âgé de 25 ans, était, depuis près d'un an, traité pour une dartre qu'il portait à la jambe droite, et qui, située au-dessus de la malléole externe, s'étendait sur le conde-pied, et avait quatre pouces de circonférence. Il y avait une vive démangeaison avec excrétion muqueuse et formation de petites écailles sur un fond rouge presque saignant. Les lotions avec la dissolution d'amidon et les pansemens avec le cérat soufré n'ayant produit aucun bon résultat, la pommade ci-dessus indiquée fut prescrite de nouveau, et le pharmacien commit une seconde fois la même méprise. Une once et demie fut suffisante pour procurer une guérison complète. Les premières applications avaient fait cesser le prurit. Ce ne fut qu'après la guérison que le changement fait à la prescription fut reconnu.

III.e *Obs.* — F. R...., âgé de 21 ans, portait, de chaque côté du gras de jambe, une dartre squammeuse de la largeur de la paume de la main, d'un rouge vif, couverte de petites vésicules, d'où s'écoulait une espèce de sérosité purulente, et qui était le siége d'une démangeaison d'autant plus vive que cette partie était incessamment exposée au frottement du pantalon. On avait inutilement employé les bains émolliens, les lotions avec la dissolution d'amidon, la pommade de concombre opiacée, etc., lorsque M. Vacquié, se rappelant les deux observations précédentes, prescrivit une pommade avec *précipité blanc*, quinze grains; *axonge*, une once; *essence de citron*, six gouttes. Le succès fut aussi prompt que dans les deux autres cas, et deux onces suffirent pour la guérison complète, malgré l'étendue et l'ancienneté de la maladie.

IV.e *Obs.* — M. L...., âgé de 23 ans, surnuméraire dans l'administration de l'enregistrement, avait à la partie externe et moyenne des deux jambes, de larges croûtes dartreuses qui reposaient sur un tissu fortement coloré en rouge, et s'accompagnaient d'un prurit continuel et intolérable. Il avait pris inutilement des bains, des tisanes dépuratives, des pilules de Belloste. M. Vacquié, voulant comparer l'effet du cyanure de mercure à celui du précipité blanc, prescrivit d'abord des frictions matin et soir avec la pommade de cyanure. L'éruption demeura stationnaire, et la dessiccation commença à se faire, mais ne fut complète qu'après une quinzaine de jours. On suspendit alors l'usage de la pommade, qu'il fallut reprendre quelques jours plus tard, parce que l'exanthème se reproduisit avec une nouvelle violence. Au moment où M. le docteur Vacquié publiait cette observation, le malade avait déjà employé trois onces de pommade sans être guéri. (*Nouv. Bibl. méd.*, *etc.*; novembre 1828.)

Paracentèse abdominale pratiquée par la vessie. — *Par le docteur And. Buchanan, de Glascow.* — Le sujet de cette observation était une femme affectée d'hydropisie ascite, symptômatique d'une altération du foie et de la rate. La ponction avait été déjà pratiquée plusieurs fois suivant la méthode ordinaire, et ce fut dans le but de procurer un écoulement durable du liquide épanché, que le docteur Buchanan voulut faire la ponction à travers le fond de la vessie. Le docteur Watson avait déjà pratiqué de même cette opération, il y a plusieurs années. Dans le cas dont il s'agit, un trois-quarts courbe, semblable à celui qu'on emploie pour la ponction de la vessie au-dessus du pubis, fut introduit dans l'urètre. On ne fit pénétrer d'abord que la canule de l'instrument, qu'on enfonça peu à peu dans la vessie de manière à ce que son extrémité, poussée contre la partie supérieure et antérieure des parois de cet organe, les distendit un peu. La tige du trois-quarts fut alors introduite dans la canule, et traversa sans difficulté l'épaisseur des parois de la vessie. La tige retirée après la perforation, il sortit aussitôt par l'urètre, à plein jet au travers de la canule, vingt-huit pintes de sérosité. Après que la canule eut été retirée, l'urine coula plus abondamment que de coutume pendant un ou deux jours, et ensuite elle ne fut plus évacuée que de temps en temps. Aucun accident particulier ne suivit cette ponction vésicale, que le docteur Buchanan répéta trois fois sans autres inconvéniens; la malade finit par succomber à l'ancienneté de la maladie. L'ouverture du cadavre fit voir que le foie était tuberculeux et diminué de volume, la rate hypertrophiée; il n'y avait aucune trace d'inflammation dans le péritoine. Le fond de la vessie offrait les cicatrices des trois ponctions qui y avaient été pratiquées : la dernière ressemblait tout-à-fait à une piqûre de sangsue, d'ailleurs sans rougeur ni gonflement. On conçoit qu'à l'aide de ce procédé ingénieux on pourrait tenter, dans quelques circonstances, d'établir ainsi une communication fistuleuse entre la cavité du péritoine et la vessie, afin d'obtenir la cure d'une hydropisie ascite. (*The Glascow Med. Journal*, n.° 2.) — Ce mode de ponction rappelle l'exemple d'une méprise chirurgicale qui eut un résultat semblable quant à l'évacuation du liquide, mais non quant à l'issue de l'opération qui, dans ce cas, fut suivie de la mort. Ce fait est rapporté dans le tome XI, p. 94, des *Archives*.

Moyen de combattre la strangurie produite par les cantharides. — *Par le docteur J. Davy.* — Ce moyen consiste dans l'introduction d'une sonde jusque dans la vessie. L'instrument doit être introduit avec beaucoup de douceur et de précaution, glissé jusque dans le col de la vessie, et maintenu dans cette position quelques secondes seulement. Ce procédé est rarement très-douloureux, et le soulagement

suit presque immédiatement. L'auteur termine cette note très-courte en disant qu'il ne sait comment se rendre raison de cet effet. (*The Edimb. Med. and surg. Journ.*, octobre 1828.)

Extirpation de la matrice. — *Par le professeur Langenbeck.* — Une femme, mère de onze enfans, fut affectée de menstruation trop copieuse, accompagnée de douleurs aux parties génitales et dans la cavité du bassin. Une de ces ménorrhagies, après avoir duré quinze jours, diminua un peu, mais ne cessa pas complètement, et a toujours persisté depuis; les douleurs et l'écoulement sanguin augmentèrent à l'époque menstruelle. Les suites de cet état furent un haut degré d'épuisement, la fièvre hectique, l'insomnie, la pâleur, l'augmentation des douleurs et un écoulement ichoreux par le vagin. Ce canal était très-large et présentait, des deux côtés, des endurcissemens squirrheux qui formaient une espèce de valvule devant le col de l'utérus, transformé lui même en une substance molle, facile à déchirer et semblable, pour la forme, à des choux-fleurs; à travers l'orifice de la matrice, entouré de cette substance, on pouvait introduire le doigt dans la cavité de l'utérus, où l'on sentait une dégénérescence semblable. Au moyen du doigt introduit dans le rectum on pouvait explorer toute l'étendue de la matrice; cet organe était très-dur. Après avoir vidé le rectum par un lavement, et évacué l'urine au moyen de la sonde, on plaça la malade horizontalement sur une table, afin d'éloigner autant que possible les intestins de la vessie. M. Langenbeck, placé à la gauche de la malade, incisa la peau et la ligne blanche depuis la symphise du pubis jusqu'à deux pouces au-dessous de l'ombilic; afin d'écarter les lèvres de la plaie et le péritoine, il introduisit son doigt dans la plaie et le porta plusieurs fois de haut en bas et d'un côté à l'autre. Le péritoine et la vessie ne formaient qu'un plan continu sur lequel il était impossible de distinguer l'endroit où finissait la vessie; pour le découvrir, M. Langenbeck fit appuyer le cathéter contre le sommet de cet organe afin de le faire saillir; à un endroit assez éloigné de celui-ci, vers la partie supérieure de la plaie, l'opérateur saisit le péritoine avec une pince, le souleva en godet et enleva celui-ci avec un scalpel; une sonde cannelée fut introduite dans l'ouverture, et celle-ci fut suffisamment agrandie pour permettre l'introduction du doigt indicateur, au moyen duquel le péritoine fut soulevé et incisé en haut et en bas.

Les intestins ne sortirent point par la plaie; pour les en éloigner ils furent refoulés en haut par la main droite d'un aide placé à la droite de la malade; un second aide, placé entre les jambes de celle-ci, dirigeait le cathéter d'une main et déprimait de l'autre la vessie. M. Langenbeck introduisit la main gauche dans la cavité du bas-ventre, saisit le fond de l'utérus, l'attira autant que possible afin de

tendre le ligament large du côté droit, et coupa celui-ci tout près de l'utérus avec des ciseaux à longues branches et à courtes lames; en procédant ainsi on ne peut blesser l'artère crurale. L'utérus fut ensuite tiré en haut afin de tendre le vagin, dans lequel on avait introduit un gorgeret de bois pour apercevoir plus facilement sa situation; au moyen des ciseaux ce canal membraneux fut coupé au-dessous des excroissances squirrheuses qu'on y remarquait; il fut alors possible de tirer l'utérus au dehors et de couper avec un scalpel le ligament large du côté gauche. Il ne s'écoula pas de sang par le vagin, et les intestins ne firent point hernie par cette ouverture. La plaie du bas-ventre fut réunie par des bandelettes agglutinatives; une éponge fut introduite dans le vagin. L'opération avait duré sept minutes. Quoiqu'il n'y eut pas eu d'hémorrhagie, la malade se sentit extrêmement faible, le pouls resta petit et fréquent pendant toute la journée, des douleurs violentes et continues dans la cavité du bassin tourmentaient la malade; une sueur froide sur la tête et la poitrine se manifesta le soir; la nuit se passa sans sommeil et au milieu des douleurs. On administra du musc, mais il fut rejeté par le vomissement, qui ne pût être apaisé; le bas-ventre était tendu et douloureux. La malade mourut dans l'après-midi du lendemain de l'opération. A l'ouverture du cadavre, on trouva des exsudations lymphatiques dans le bas-ventre, les intestins étaient rouges et distendus d'air; dans la cavité du bassin on trouva du sang coagulé, mais en petite quantité; la vessie était gangrénée.

Le même chirurgien pratiqua peu de temps après, et sans plus de succès, une extirpation de la matrice par le vagin. Nous ne rapporterons point ici cette autre observation; parce qu'elle diffère peu, sous le rapport de la méthode opératoire, de celle du docteur Blundell, qu'on peut voir dans le tome XVIII des *Archives*.

Académie royale de Médecine. (Janvier.)

ACADÉMIE RÉUNIE. — *Séance du 6 janvier.* — MONSTRUOSITÉS. — M. Geoffroy Saint-Hilaire fait envoi d'une observation de M. Tonnele, chirurgien à Puizeaux, département du Loiret, relative à un cas d'acéphalie. Une femme, enceinte pour la troisième fois, est saisie des douleurs de l'enfantement; l'accouchement est laborieux; l'accoucheur amène d'abord par les pieds un enfant du sexe féminin, grèle, quoique à terme, et qui périt au bout de trois minutes; il amène en-

suite, à l'aide de crochets, un autre enfant, du sexe féminin aussi, mais acéphale; la tête manque; le tronc est surmonté d'une énorme poche contenant un litre et demi d'eau; le tissu cellulaire est infiltré; le thorax, fort retardé dans son développement, est vide; le cœur, les poumons, le larynx, l'œsophage manquent; l'estomac, plein d'une sérosité blanche, forme un cul-de-sac sans orifice supérieur; il n'existe pas de foie; le canal intestinal a le calibre d'un tuyau de plume de corneille; à chacun des quatre membres, le pouce manque; la colonne vertébrale est terminée en haut par un renflement osseux très-dur, du volume de la tête d'un fort poulet. M. Geoffroy Saint-Hilaire annonce qu'il a déjà recueilli quarante faits semblables à celui-là, et que tous l'ont conduit à établir cette loi : que tout monstre réduit à la moitié, au tiers d'un individu ordinaire, est nécessairement le jumeau imparfait d'un autre sujet qui s'est régulièrement développé.

M. Deschamps, médecin à Paris, fait envoi d'une autre observation de monstruosité recueillie par M. Vildieu, médecin à Avallon. Le fœtus, âgé de 8 à 9 mois, avait la tête, le thorax, les membres supérieurs bien conformés; mais le cordon ombilical, très-grêle, n'avait qu'une seule artère; cette artère descendait derrière la paroi abdominale, en suivant la ligne blanche, jusqu'au bassin, dont il n'existait que la moitié droite; de là elle remontait jusqu'à l'ouverture aortique du diaphragme pour se réunir à l'aorte; plus grosse que l'aorte abdominale, elle donnait naissance aux artères rénales et au tronc cœliaque. L'abdomen se terminait inférieurement par un seul membre pelvien, qui semblait faire suite à la colonne vertébrale; le pied en était bien conformé; ce membre, incisé, n'a offert qu'un seul fémur; mais cet os présentait, en bas, une double surface articulaire, comme si deux fémurs s'étaient accollés l'un à l'autre; à cette double surface, correspondaient deux rotules; sur le tibia, se voyaient deux saillies osseuses, rudimens probables de deux péronés. Il n'y avait ni organes génitaux, ni vessie; les uretères se terminaient chacun par un cul-de-sac. L'estomac et l'intestin grêle étaient bien conformés; mais la portion descendante du gros intestin se terminait, là où doit être l'S iliaque du colon, par un cul-de-sac flottant dans la cavité abdominale. Ce fœtus ayant été mis dans la liqueur de M. Braconneau (solution aqueuse de persulfate de fer), on remarqua qu'il s'y putréfiait promptement; il fallut le conserver dans une solution de deuto-chlorure de mercure avec addition d'alcohol.

Organisation de la médecine. — M. Double, au nom de la commission chargée de préparer les réponses de l'académie aux questions qu'a adressées le ministre touchant un projet de loi sur l'organisation de la médecine, fait une première communication. Bien que la com

mission travaille avec beaucoup de zèle, elle ne peut présenter encore le mémoire qui lui a été demandé; les questions à résoudre sont très-complexes, ont besoin d'être pesées avec maturité et envisagées sous divers points de vue. Parmi les personnes dont elle a reçu des mémoires intéressans, elle cite MM. Planti-Mauxion, médecin à Jarnac; Gintrac, médecin à Bordeaux; Roux, directeur de l'école secondaire de médecine d'Arras; Vaidy, médecin à Lille; Py, médecin à Narbonne; Maury, dentiste à Paris; Pigeotte, médecin à Troyes; Salaignon, pharmacien à Bayonne; Fremy, pharmacien à Versailles; Pommier, pharmacien à Salie; Limouzin Lamotte, pharmacien à Alby; Dubuc, pharmacien à Rouen. Sur sa prière, le ministre de l'intérieur a adressé à MM. les préfets une circulaire pour obtenir: 1.° une liste exacte des individus qui exercent, à un titre quelconque dans chaque département, la médecine, la chirurgie et la pharmacie, une branche quelconque de l'art de guérir; 2.° des documens sur le rapport qui existe entre le nombre des docteurs en médecine et la population; sur la proportion dans laquelle ils sont grouppés dans les villes et les campagnes, et sur les moyens d'établir, dans les campagnes, des médecins cantonnaux salariés.

Remèdes secrets. — M. Gueneau de Mussy, au nom de la commission des remèdes secrets, propose et fait adopter le rejet des treize remèdes secrets suivans: 1.° *Sirop anti-catarrhal* du sieur Duvignau, pharmacien à Paris. Ce sirop est formé d'un mélange de substances mucilagineuses, calmantes et sédatives; feu Chaussier l'employait souvent à l'hospice de la Maternité chez les femmes en couches tourmentées de toux opiniâtres; et c'est à cet hôpital où M. Duvignau était employé, que ce pharmacien a appris à le composer: mais, préconisé par lui comme spécifique de toutes les affections catarrhales, il appelle toute l'improbation de l'académie. 2.° *Sirop fortifiant apéritif* du sieur Vidal, pharmacien à Toulouse, produit de la plus monstrueuse polypharmacie, dans lequel sont rassemblées en grand nombre des substances qui ont des propriétés fort diverses, diurétiques, émétiques, purgatives, toniques, excitantes et aromatiques. 3.° *Sirop pectoral* du sieur Tripier, pharmacien à Paris, dont la composition est analogue à ceux de cet ordre, cependant plus complexe, contenant des substances plus décidément toniques et excitantes, et en outre une proportion assez notable d'un sel éminemment narcotique. La commission pense, qu'à raison de ce sel, il est encore plus nécessaire que ce sirop ne soit jamais débité que sur ordonnance de médecin. 4.° *Sirop pectoral de la Mecque*, par le sieur Boyaval, pharmacien à Paris, dont la composition offre un mélange de substances mucilagineuses, calmantes et légèrement astringentes, qui, outre le tort d'être préconisé comme spécifique de toutes les affections de poi-

trine, a celui de ne pouvoir jamais être, d'après son mode de préparation, identique. 5.° Un *remède contre les écrouelles*, d'un sieur Germain, consistant en un cataplasme émollient qu'on applique sur les ulcères scrofuleux, et qu'on renouvelle deux ou trois fois par jour, et en une poudre qu'on fait prendre à l'intérieur, poudre composée d'une substance à peu près inerte, mêlée, par partie égale, à une substance oléagineuse. 6.° Un *remède contre les maux de dents*, par la dame Lepetou, à Paris, remède qui n'est autre que celui inséré dans notre codex sous le nom de teinture balsamique, ou baume du commandeur de Permes. 7.° Un *remède odontalgique*, du sieur Mène, médecin à Vaugirard, remède qui est tantôt une mixture, tantôt une pâte, et qui, composé de plantes stupéfiantes et narcotiques fréquemment employées contre les maux de dents, n'a absolument rien de nouveau. 8.° Un *cosmétique* destiné à faire pousser les cheveux, par la dame Lepetou, à Paris, et qui n'est qu'une purée de pois et d'oignons. 9.° Un *remède contre l'épilepsie*, par la même dame Lepetou, remède qui consiste à faire boire pendant quinze jours une infusion vineuse de guy, plante depuis long-temps préconisée contre cette maladie, et à faire porter au col du malade une amulette du poids de plus d'une livre. Cette amulette doit être sans action, car la substance qui la compose est inerte par elle-même, et de plus elle est renfermée dans un étui de bois bien clos, lequel est ensuite contenu dans un sac de soie. 10.° Une *eau vulnéraire*, dite de *commère*, du sieur Balbis, à Paris, destinée à guérir les engelures, les brûlures, les coupures; destinée aussi à la toilette de la bouche, et que la commission rejette, parce que, contenant un oxyde métallique, dissous à l'aide d'un alcali, elle est, sous ce rapport, un cosmétique dangereux. 11.° Un *élixir unique merveilleux* du sieur Gueit, de Toulon, mélange indigeste de vin et de sucs mucilagineux, de miel et de substances amères, avec lequel son auteur prétend guérir toutes les maladies. 12.° Un *entomofuge*, par le sieur Dupuy, pharmacien à Saint-Macaire, département de la Gironde, formé des anthelmintiques connus les plus énergiques et d'une substance qui agit fortement sur la moelle épinière: on fait macérer toutes ces substances dans l'alcohol, et on fait ensuite avec celui-ci des lotions sur tout le corps. La commission trouve cette composition peu rationnelle et son mode d'emploi dangereux. 13.° Enfin, un *remède contre la peste*, par le sieur Rousseau, à Paris. Ce remède n'est qu'une mauvaise imitation des procédés par lesquels on dégage le gaz acide hydrochlorique. L'auteur prétend qu'un pestiféré qu'on soumet un quart d'heure aux fumigations de ce remède est aussitôt guéri, et qu'il suffit de porter un habit qui en est imprégné pour être à l'abri du fléau : mais la

commission a jugé, aux détails qu'a donnés l'auteur, qu'il n'a jamais mis en pratique son remède (1).

Séance du 20 janvier—M. le président annonce que ce jour même le Roi a daigné recevoir le Conseil d'administration de l'Académie. Il donne lecture d'un discours qu'il a adressé au Roi au nom de la compagnie, et de la réponse pleine de bonté qu'a faite le Roi. Le reste de la séance a été rempli par des discussions sur le budjet de l'Académie.

SECTION DE MÉDECINE. —*Séance du 13 janvier*.—M. Lucas dénonce à la Section un passage d'un Journal anglais, *Cobett's Register*, 3 janvier 1829, outrageant pour la médecine française. Le journaliste, en rendant compte d'un procès relatif à des individus qui étouffaient des personnes vivantes afin de vendre leurs corps pour les dissections anatomiques, attribue ce crime aux progrès des lumières. Il ajoute qu'il est commun en France, et que les *bouchers*, nom qu'il donne aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, ont dans ce pays l'habitude de donner aux personnes mourantes et à celles qui sont atteintes de maladies incurables, ce qu'ils appellent le *bouillon des 24 heures*, c'est-à-dire, un poison qui les fait périr promptement. M. Lucas, en dénonçant à l'Académie une allégation si odieuse, a eu pour but de lui donner de la publicité, et d'exciter les journaux français à la repousser avec indignation.

FIÈVRE JAUNE. —M. Renauldin communique une lettre qu'il vient de recevoir de Baltimore. Il règne en ce pays une maladie nouvelle qu'on appelle *fièvre d'angine* ou *casse-bras* : elle n'a pas encore pénétré à un point aussi avancé vers le Nord, et n'a pas passé les frontières des Carolines. Elle commence par un frisson accompagné de douleurs excessives dans les membres ; ces douleurs ne cessent que quand l'accès est passé. Cette maladie semble être périodique, et se termine au bout de 9 ou 18 jours. Elle n'est pas mortelle, mais est extrêmement pénible ; elle demande peu de remèdes, et paraît être endémique. La lettre établit encore que la fièvre jaune est désormais considérée comme exclusivement endémique. Aussi toutes les lois de quarantaine ont été changées ; on ne retient plus les passagers et les équipages des bâtimens où la fièvre jaune existe, mais seulement les

(1) Dans cette même séance, l'Académie a arrêté que le Ministre de l'intérieur serait prié de faire insérer dans le *Moniteur* un extrait de tous les rapports sur les remèdes secrets, afin d'opposer à la publicité scandaleuse de l'annonce celle du blâme et de la défense. Par notre bulletin mensuel, nous concourons au but que s'est proposé l'Académie. (*Note du rédacteur.*)

vaisseaux et marchandises infectées avec lesquels personne ne peut communiquer.

Cette lettre amène une discussion. — M. Nacquart doit à M. Robert, de Marseille, de semblables documens sur une maladie qui règne dans les Antilles, et qui a été importée en France; il en entretiendra la Section dans une prochaine séance. M. Gerardin trouve dans la lettre qu'on vient de lire la preuve que, malgré l'opinion de la non-contagion de la fièvre jaune, tous les Gouvernemens des États de l'Union qui possèdent des villes maritimes populeuses et commerçantes, font observer les lois de quarantaine avec la plus stricte sévérité. Comme preuve, il cite un bill de l'État de Géorgie, en date du 22 décembre 1819, qui défend, sous des peines rigoureuses, l'introduction de passagers étrangers dans la ville de Savanaz pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre. Ce bill a été provoqué par l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à Savanaz en 1819, épidémie qui fut évidemment activée par la présence des Européens non-acclimatés qui étaient alors dans la ville, et qui fit périr presque tous ceux qui en furent attaqués. Il est vrai que les mesures de quarantaine sont abolies à la Nouvelle-Orléans; mais la loi qui les supprime investit en même temps le maire d'un pouvoir illimité en ce qui concerne l'état sanitaire, et M. Gerardin tient du maire de la Nouvelle-Orléans, qui est actuellement à Paris, des renseignemens précieux qu'il communiquera à la prochaine séance. — M. Émery, au contraire, pense que les mesures sanitaires sont complètement abandonnées, non-seulement à la Nouvelle-Orléans, mais encore en beaucoup d'autres États de l'Union, et il en apportera aussi les preuves dans une des prochaines séances. — M. Hedelhofer dit que dans un discours de M. Hély-d'Oysel aux Chambres, sont consignés tous les détails de la législation des États-Unis sur ce point d'hygiène publique.

Abcès lombaire se faisant jour par les bronches. — *Observation de M. Cantegril, médecin et chirurgien de l'hospice de Murat.—Rapport de M. Gerardin.* — Un homme reste cinq mois à l'hôpital de Toulouse pour une plaie contuse à la jambe. Quinze jours après qu'il en est sorti guéri, il est saisi d'une douleur très-vive à la région lombaire gauche, avec fièvre; un abcès paraît se former à cette partie. Au bout de huit jours, la douleur se propage dans tout le côté gauche de la poitrine, avec gêne de la respiration; cependant l'abcès lombaire se prononce rapidement à l'extérieur; mais le jour même où l'on se disposait à en faire l'ouverture, le malade éprouve un accès de toux, et dans cet accès de toux il expectore une matière purulente si abondante, qu'elle remplit huit assiettes et est estimée deux litres. Un vide dès-lors paraît exister à l'abcès lombaire, et lors de la toux, la main placée sur cet abcès perçoit une sorte de frémis-

sement, comme si une colonne d'air s'y précipitait. Le Rapporteur trouve cette observation unique dans les fastes de l'art, et met en regard une observation toute inverse qu'il a trouvée dans le compte des travaux de la Société Royale de Médecine de Bordeaux, pour l'année 1818. Un homme a un abcès lombaire qui s'ouvre et fournit une grande quantité de pus; on soupçonne qu'un rein est malade; mais la mort étant survenue, l'ouverture du cadavre fit voir que les poumons étaient tuberculeux, et que le pus de l'abcès lombaire tirait son origine d'une vomique développée dans la plèvre. — M. Nacquart croit que M. Cantegril avait raison de vouloir, dans l'observation qu'il a rapportée, ouvrir l'abcès lombaire. — M. Chantourelle rappelle qu'il est de précepte dans ces cas de ne faire l'ouverture que par une simple ponction. — M. Renauldin s'est bien trouvé d'agir alors avec la potasse caustique; il a fait ainsi l'ouverture d'une double tumeur qui, après sept mois de suppuration, a fini par guérir. — M. Bouillaud élève des doutes sur la vérité de l'observation. Il a pu survenir coïncidemment un abcès lombaire avec une vomique; mais il n'est pas démontré que le pus expectoré soit celui qui formait l'abcès des lombes.

Accroissement. — M. Chantourelle lit un second rapport sur le mémoire de M. Pingeon, médecin à Dijon, intitulé : *Thérapeutique de l'accroissement anormal.* (*Voyez* le tome XVIII des *Archives*, page 590.) Dans une première partie sur l'éducation physique, M. Pingeon traite successivement de la lactation, du sevrage, de la première dentition, de la première locomotion, de la suite de la première enfance, de la seconde dentition, de la seconde enfance et de la puberté. Dans une seconde, il traite des causes des accroissemens anormaux; il fait consister presque toutes ces causes dans des dispositions de l'appareil circulatoire; selon que les vaisseaux qui portent le sang aux organes du tronc central sont un angle plus ou moins favorable au cours du sang, certains organes offrent ou non des prédominances. Ces prédominances sont natives ou accidentelles; les premières se succèdent dans un certain ordre, et l'accroissement anormal n'est qu'une perversion de cet ordre. Chez le fœtus, par exemple, ce sont les organes encéphaliques qui prédominent; après la naissance, l'établissement de la respiration et de la digestion opère une révulsion sur les organes thoraciques et abdominaux; enfin à la puberté, les organes génitaux exercent une dernière prédominance révulsive.

Séance du 27 janvier. — Fièvre jaune de Gibraltar. — M. le secrétaire communique une lettre de M. Louis, commissaire de l'Académie à Gibraltar, à la date du 7 janvier 1829. La fièvre jaune a cessé ses ravages depuis quinze jours, peu après un vent du nord

violent et une pluie assez abondante, et depuis lors il ne s'est présenté aucuns nouveaux malades. La commission a ouvert vingt-huit cadavres. Depuis la cessation de la maladie, elle se borne à des recherches sur l'origine et la marche de l'épidémie. Selon elle, le territoire de Gibraltar peut se diviser en cinq parties : 1.° la partie qui est située entre le front du rocher, son extrémité septentrionale et l'Espagne; c'est le terrain neutre, terrain plat, sabloneux, à peine élevé de quelques pieds au-dessus du niveau de la mer qui le borne à l'est et à l'ouest, dont l'air est sans cesse renouvelé par les vents, sans aucune des causes d'insalubrité auxquelles on attribue la fièvre jaune, où se sont retirés plusieurs milliers d'individus dans des maisons de bois ou sous des tentes, et où l'autorité a fait camper une partie de la garnison. 2.° Le petit village de Caletta, situé à l'opposite de Gibraltar, contre le rocher à l'orient. 3.° Gibraltar. 4.° La partie la plus occidentale du rocher, qu'on appelle *Europe*, dans laquelle sont beaucoup de maisons et d'établissemens publics, et qui est aussi fort salubre. 5.° Enfin, la partie de la baie où se sont retirées, à bord des bâtimens marchands qui s'y trouvent, beaucoup de familles. La commission a déjà recueilli l'histoire des malades du village de la Caletta, et d'une partie de ceux du champ neutre; elle fera le même travail pour tous les autres malades. Elle est assistée par deux médecins anglais, dont l'un est le docteur Barry, déjà connu de l'Académie par ses travaux sur l'application des ventouses aux plaies empoisonnées. Elle a deux réunions par jour, de deux à trois heures chacune, et le procès-verbal de chaque séance est signé par les trois médecins français et les deux médecins anglais. M. Louis renouvelle ce qu'il a dit de la différence entre la fièvre jaune et les fièvres typhoïdes de nos pays; il n'a trouvé qu'une fois une altération des glandes de Peyer, et le malade avait éprouvé quelques-uns des symptômes de nos fièvres graves.

M. Lassis combat cette dernière assertion de M. Louis. Si dans la fièvre jaune, on trouve rarement après la mort les glandes de Peyer altérées, c'est que la maladie a été trop promptement mortelle, et a duré trop peu de temps pour produire ces altérations.

Gastro-entérite épidémique. — M. Villeneuve lit un rapport sur une épidémie de gastro-entérite qui a régné épidémiquement à Saint-Firmin (Hautes-Alpes), du 15 août au 15 décembre 1828, et dont M. OEuf, médecin à Gap, a fait la description. Tandis que douze à quinze malades avaient succombé sous l'empire des excitans avant l'arrivée du docteur OEuf, celui-ci a guéri tous ses malades par le traitement antiphlogistique.

Empoisonnement par l'arsénic. — M. Ollivier lit un rapport sur une observation d'empoisonnement par l'arsénic, adressée à l'Aca-

démie par M. Godard, chirurgien à Pontoise. L'empoisonnement était certain, car la présence du poison dans les matières vomies et dans les matières recueillies après la mort dans l'appareil digestif, fut constatée, d'abord par M. Godard, à Pontoise, ensuite par MM. Orfila et Barruel, à Paris. Entr'autres lésions de tissu, produites par le poison, M. Godard signale trois petites ecchymoses à la face interne du ventricule gauche du cœur; et comme ce médecin n'a rencontré ces ecchymoses en aucun autre genre de mort, il se demande si elles ne pourraient pas constituer un caractère de l'empoisonnement par l'arsenic, lors même qu'on ne pourrait retrouver matériellement le poison. M. Ollivier objecte que dans la plupart des empoisonnemens par l'arsenic, les ecchymoses du cœur manquent, et ne peuvent conséquemment être présentées comme spécifiques de l'empoisonnement par cette substance. Il ajoute que ces mêmes ecchymoses ont été observées dans les empoisonnemens par le sublimé corrosif et par la noix vomique. Beaucoup de membres de la section attaquent aussi l'idée de M. Godard. M. Ronauldin dit avoir observé ces ecchymoses dans beaucoup de maladies graves, suivies d'une mort violente et rapide. — M. Husson appuie cette remarque de M. Renauldin, et cite en preuve le cas de M. Leclerc, professeur à l'Ecole de Médecine, qui mourut en peu d'heures, et qui à l'autopsie présenta de semblables ecchymoses au cœur. — MM. Villermé et H. Cloquet disent avoir vu ces ecchymoses dans beaucoup de cadavres de personnes mortes de typhus. — M. Barthelemy dit qu'on les observe 90 fois sur 100, dans les cadavres des chevaux qui servent dans les dernières heures de leur vie à la pratique des opérations dans les écoles vétérinaires, et qui éprouvent de cruelles souffrances avant que de mourir. — M. Rochoux pense que ces ecchymoses sont dues à une décomposition du sang, et il apporte en preuve que MM. Trousseau et Louis ont vu ces ecchymoses dans tous les cas où le sang était altéré. — M. Orfila est le seul qui, sous un certain rapport, appuie l'idée de M. Godard; dans ses nombreuses expériences de toxicologie, il a fait périr beaucoup d'animaux par le poison, et s'il excepte les empoisonnemens par le sublimé corrosif et l'arsenic, jamais il n'a trouvé d'ecchymoses dans le cœur.

Angine plastique, gangréneuse, diphtérique. — M. Bourgeois lit une suite à son mémoire sur l'épidémie d'angine plastique qui a régné en 1827 et 1828 dans la maison royale de Saint-Denis. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, page 134.) La maladie consistait dans une lésion des enveloppes muqueuse et cutanée : développée plus ou moins profondément, elle s'est montrée à tous les orifices extérieurs, et même a envahi les surfaces sécrétoires artificiellement produites à

la peau. Elle a eu pour caractère distinctif la formation de fausses membranes, et ordinairement a été accompagnée du gonflement des glandes et ganglions lymphatiques correspondans. Le mal le plus souvent a commencé par le conduit auditif, à juger par les oreillons qui le plus souvent en furent les précurseurs. En d'autres cas, les fosses nasales, les lèvres, la bouche, la langue, en furent le point de départ, et c'est de ces parties qu'il s'étendit aux voies digestives et respiratoires. Les malades sentaient à peine le développement des premières taches; mais bientôt survenaient du malaise, une fièvre erratique, de la gêne et de la douleur dans la gorge, surtout lors de la déglutition, de l'enrouement dans la voix, etc. Les taches, d'abord irrégulièrement circonscrites, se réunissaient, et étendues à toute la fosse gutturale, y formaient un tube membraniforme qui y était fort adhérent. Tant que par cette adhérence ces taches pouvaient se nourrir, elles conservaient leur aspect organique et leur couleur d'un blanc mat; mais lorsque l'adhérence était rompue, elles prenaient une couleur fauve et paraissaient se décomposer; des lignes noirâtres les fendillaient, les divisaient; elles se détachaient en lambeaux putréfiés simulant des escarrhes, ou se fondaient en une matière pultacée d'une odeur infecte. Il n'y avait pas cependant véritable gangrène; ce n'était qu'une exsudation d'une matière pseudo-membraneuse; au-dessous la membrane muqueuse était intègre, ou ne présentait qu'une injection pointillée, et de petites granulations coniques, traces des cryptes desquelles provenait la matière plastique. Les fausses membranes affectaient trois variétés : 1.° tantôt elles étaient denses, paraissant faire corps avec les tissus sous-jacens, résistaient à tout effort mécanique et à la cautérisation, et ne se détachaient que par lambeaux consistans et larges. 2.° Tantôt elles étaient légères et flottantes comme des toiles d'araignées, plutôt superposées qu'adhérentes aux tissus, étaient rejetées par petites portions, et étaient très faciles à détruire, mais très-disposées à se reproduire. 3.° Enfin, quelquefois elles consistaient en une matière pultacée d'un blanc gris noir, dont les molécules non-adhérentes entr'elles se détachaient au moindre attouchement, et laissaient au-dessous d'elles des chairs baveuses, livides et saignantes. Dans cette variété, que M. Bourgeois appelle *pulpeuse* ou *diffluente*, la gorge et les fosses nasales étaient en même temps affectées; celles-ci étaient le siège d'un *stillicidium* sanieux et sanguinolent; la face était pâle et bouffie, et la maladie avait toutes les apparences d'une affection scorbutique. Selon que les concrétions plastiques se propageaient dans les voies aériennes ou dans les voies digestives, les symptômes étaient différens. Dans le premier cas, on voyait le timbre de la voix s'altérer; des quintes d'une toux sèche, rauque et aphonique sur-

venir; la respiration devenir anhéleuse et sifflante; des congestions de sang se faire, par suite de la gêne de la circulation, dans le cœur et le cerveau; enfin le malade paraissait suffoquer, comme s'il avait eu un lien autour du col, d'où le nom de *garotille* que les Espagnols ont donné à cette maladie. Dans le second cas, il y a ingestion de matières animales putréfiées, et tous les signes d'un empoisonnement par une matière putride; aspect livide et cadavéreux, émanations fétides, collapsus général.

Dans ce second mémoire, M. Bourgeois cite deux nouvelles observations. Dans l'une, le mal commença aux narines, s'étendit à la gorge et au pharynx, et se montra même à l'anus et à la vulve. Les concrétions étaient de nature diffluente, baignaient à la gorge dans une sanie noirâtre d'une odeur infecte; la figure était pâle, bouffie; il y avait prostration des forces, toux fréquente; pendant plus de quinze jours les symptômes s'accrurent; la gorge, remplie d'un détritus putrilagineux, semblait frappée d'une gangrène profonde; toute l'économie portait l'empreinte de la putridité; la peau était livide, terreuse, et comme salie par une matière sanieuse qui aurait transudé des pores; l'haleine et toutes les émanations étaient d'une extrême fétidité; non-seulement l'adynamie était portée à l'extrême, mais il y avait une sorte de déliquescence des tissus. Des lambeaux de fausses membranes putréfiées étaient rendues par les selles; à chaque instant de longues défaillances semblaient annoncer le terme fatal; l'estomac ne pouvait supporter ni alimens, ni boissons. La malade, âgée de onze ans, resta ainsi cinq semaines entre la vie et la mort, après quoi cependant elle guérit. Evidemment chez elle, la phlegmasie plastique s'était propagée dans le trajet du canal digestif.

La seconde observation est relative à un homme âgé de 27 ans, d'une constitution lymphatique et détériorée par la syphilis, sujet aux hémorrhagies et aux ecchymoses scorbutiques, et qui subissait un traitement mercuriel très-mitigé. Le mal attaqua d'abord la gorge, et fut pris d'abord pour l'effet d'une salivation mercurielle: mais au 7.e jour, l'arrière-gorge et les tonsilles se dégagèrent; et une douleur dans la direction de l'œsophage, avec sentiment de cuisson et d'ardeur quand le malade avala, annonçait que le mal avait gagné ce canal. Au 14.e jour, de la gastralgie, de la soif, des vomituritions, une sensation d'ardeur brûlante à la région épigastrique, révélèrent qu'il avait envahi l'estomac. Au 22.e jour, au moment où paraissait commencer la convalescence, survinrent de fortes coliques, une diarrhée qui entraînait des masses pseudo-membraneuses, signes que la maladie s'était étendue à l'intestin. Au 27.e jour, la convalescence sembla de nouveau vouloir s'établir; mais une concrétion de

la grosseur d'une olive, de forme cylindrique, apparut en arrière du voile du palais ; cette concrétion excita de la toux et des efforts de déglutition ; le malade se tourmenta en cent façons pour se débarrasser de ce corps étranger ; une hémorrhagie survint, le sang parut sourdre des arrières-narines et de le fosse gutturale ; des syncopes dangereuses se succédèrent de cinq en cinq minutes, la mort parut imminente ; cependant au bout de quelques heures les accidens cessèrent, et le malade finit par guérir. Ici on voit encore le mal attaquer successivement chacune des parties de l'appareil digestif. M. Bourgeois termine son mémoire en remarquant que, si la maladie se propage le plus souvent de la gorge aux parties profondes des appareils digestif et respiratoire, elle peut aussi commencer dans les parties profondes de ces appareils et y rester concentrée. Dans le premier cas, elle se propage toujours, selon lui, de haut en bas, dans l'ordre de déclivité des parties.

M. Honoré doute s'il faut assimiler les taches des joues, des lèvres, de la langue, aux pseudo-membranes des inflammations plastiques : ces taches, selon lui, en diffèrent en ce qu'elles ne tendent pas à s'organiser, en ce qu'elles se produisent lentement et ne sont pas susceptibles de se reproduire. — M. de Kergaradec, au contraire, appuie l'assimilation faite par M. Bourgeois, en ce que chez plusieurs malades le mal a commencé par le nez, l'anus, et cela non-seulement dans l'épidémie de la maison de Saint-Denis, mais encore dans l'épidémie du département de Loir-et-Cher, comme on le voit dans le Bulletin de la constitution médicale de Tours.

Émétique a l'extérieur. — M. Fontaneille, médecin à Paris, lit une note sur les bons effets de l'émétique employé à haute dose à l'extérieur. M. Fontaneille a été témoin des premiers essais de Rasori, et pendant vingt ans il a vu sa propre pratique justifier celle du médecin italien : il envoya en 1808 un mémoire sur ce sujet à la Société de la Faculté de Médecine de Paris, et en 1814 il reproduisit ce mémoire dans les Annales de médecine de Montpellier. Depuis il a eu l'idée d'employer l'émétique à l'extérieur ; il l'applique à la peau sous forme de dissolution aqueuse, un gros dans une livre d'eau chaude : il en a obtenu de bons effets dans la plupart des inflammations cutanées, même quand il y avait plaie ; il l'emploie en fomentations, sur le front dans les céphalalgies violentes, sur la poitrine dans les péripneumonies, sur l'abdomen dans les inflammations des viscères abdominaux, dans les diarrhées et les dysenteries. M. Fontaneille a aussi, d'après la doctrine de l'homœopathie du docteur Hanhemann, employé l'émétique à doses très-petites et souvent répétées ; il partage un grain en douze ou vingt parties, ajoute à chacune de ces parties quelques grains de crême de tartre ou de magnésie pour faire

volume, et fait prendre une de ces doses toutes les heures : il dit avoir obtenu de bons effets de cette pratique dans les coliques et les gastro-entérites surtout, et avoir arrêté par ce moyen en deux jours une violente coqueluche. Selon lui, c'est en agissant sur le sang que l'émétique à haute dose est si utile dans les phlegmasies de la poitrine.

Rupture de la vésicule biliaire. — M. Fauconneau-Dufresne, médecin à Paris, présente une pièce d'anatomie pathologique, sur laquelle il donne les détails suivans : un octogénaire, d'une faiblesse et d'une maigreur extrême, entre à la Charité, et meurt au bout de cinq à six jours sans avoir donné aucun signe de maladie dans les organes abdominaux. A l'ouverture du cadavre, on trouva, sur un bas-fond du péritoine, au-dessous du foie, un petit foyer contenant environ deux cuillerées d'un pus d'un jaune-rougeâtre; une rupture de la vésicule avait donné lieu à la formation de ce foyer ; la membrane interne de cette vésicule était très-rouge et très-injectée ; plusieurs petites ouvertures faisaient communiquer ce réservoir avec le foyer ; celui-ci était tapissé de fausses membranes qui étaient certainement dues à l'épanchement de bile, et l'aspect de ces fausses membranes indiquait que cet épanchement ne datait pas d'une époque éloignée.

Section de Chirurgie. — *Séance du 15 janvier* 1829. — **Nouveau mode de cathétérisme.** — M. Amussat fait un rapport sur un mémoire de M. Liégard, mémoire qui traite d'une nouvelle manière de pratiquer le cathétérisme. L'instrument que propose l'auteur est une sonde-bougie, mousse à son extrémité vésicale, et munie d'un œil à un pouce environ de cet endroit : elle a onze à douze pouces de longueur, et son diamètre est de deux lignes, excepté dans la portion conique ou *bougie*, qui n'a qu'un pouce de longueur, et une demi-ligne de diamètre à la pointe. Suivant M. Liégard, qui considère les callosités du canal de l'urètre comme des êtres chimériques, et qui pense que tous ces obstacles existent plutôt dans la théorie que dans la pratique, cet instrument est le moyen le plus efficace à employer dans tous les cas de rétention d'urine, et il n'est point de difficultés qu'on ne puisse parvenir à surmonter avec son aide, si on a la patience d'appuyer légèrement sur lui pendant un quart-d'heure ou même davantage, en lui imprimant de petits mouvemens de rotation. Cette assertion d'un homme qui paraît avoir très-peu étudié l'anatomie pathologique de l'urètre, paraît au moins douteuse à M. le rapporteur. L'auteur recommande, lorsque cette sonde doit rester à demeure dans la vessie, de la retirer jusqu'à ce qu'elle ne livre plus passage à l'urine ; mais alors il doit être très-difficile de la maintenir en place, sa conicité favorisant puis-

samment son expulsion par les contractions du sphincter. M. Amussat, en concluant à ce que l'Académie adresse des remercimens à M. Liégard, la prie d'engager en même temps ce praticien à spécifier par des observations bien détaillées les cas où il convient de se servir de la sonde-bougie. M. Bard observe que, depuis plusieurs années, il fait, ainsi que M. Cullerier, usage de sondes-bougies à l'hôpital des vénériens, et que, par conséquent, l'idée n'en est point nouvelle. M. Maingault ajoute qu'il y a cinq ou six ans, M. Cullérier oncle fut reconnu comme l'inventeur de la modification revendiquée par M. Liégard.

Lithotome caché. — M. Lisfranc, en son nom, et en celui de M. Deguise, rend compte d'un *lithotóme caché*, modifié par M. Rouget, de l'Aude. Ce praticien a placé, sur la face dorsale de son instrument, et près du point où la chasse et la lame s'en dégagent, des éminences en métal de hauteur graduellement décroissante; leur disposition est telle qu'en comprimant la moins élevée avec le doigt, on détermine une saillie légère de la lame de l'instrument, tandis que, si la compression est exercée sur la plus saillante, le plus grand écartement possible de la lame a lieu aussitôt. M. le rapporteur trouve ce lithotôme simple, ingénieux et plus facile à manier que celui du frère Côme, ce dont il s'est assuré en le faisant employer sur le cadavre par quelques-uns de ses élèves; en conséquence, il engage la section à adresser des remercimens à l'auteur.

Ce rapport fait élever une question dont on s'est déjà occupé d'autres fois, savoir: si les instrumens, machines, etc., soumis à l'examen de l'Académie deviennent sa propriété, et, comme tels doivent être déposés dans ses cabinets pour être conservés, ou s'ils doivent être remis à ceux qui les ont présentés. En raison des prix souvent assez considérables des ces objets, il avait été décidé antérieurement que les auteurs auraient le droit de les retirer en en déposant dans les bureaux un dessin et une description exacte; mais cette mesure n'ayant pas encore jusqu'ici reçu son exécution, la section arrête que son bureau s'entendra à ce sujet avec le conseil d'administration de l'Académie.

Rétrécissement de l'urètre. — M. Amussat présente un dessin représentant un rétrécissement de l'urètre observé chez un homme âgé de 30 ans, et qui a succombé à une entéro-colite. Ce canal, devenu extrêmement dur dans sa portion bulbeuse, y est tellement rétréci, que l'on peut à peine faire pénétrer dans ce point une paille très-fine et plus déliée que la bougie du plus petit calibre que nous ayons. Dans les dernières rétentions d'urine qu'éprouva ce sujet, on ne put le faire uriner qu'au moyen d'injections forcées.

Lésions des organes génito-urinaires. — Le même chirurgien

soumet à la section des organes génito-urinaires extraits du cadavre d'un forgeron, âgé de 60 ans, sur lesquels les altérations suivantes se font remarquer : la portion bulbeuse de l'urètre présente un rétrécissement très-marqué, derrière lequel existe un éraillement de la membrane muqueuse qui, quelques années avant la mort du sujet, donna lieu à une fistule urinaire : la prostate, qui forme dans son intérieur une espèce de cul-de-sac, est devenue squirrheuse, a augmenté de volume, et se prolonge en arrière, entre le muscle releveur de l'anus et le côté droit de la vessie. Ce dernier organe, dont les parois ont acquis une épaisseur considérable, particulièrement à droite où elles semblent participer à l'affection squirrheuse de la prostate, offre intérieurement des colonnes charnues, entre lesquelles se remarquent des espèces de cellules. Le rein droit s'est changé en un sac membraneux résultant de deux feuillets, l'un externe formé de la tunique fibreuse, l'autre interne qui semble n'être autre que la substance corticale elle-même; l'uretère de ce côté s'est prodigieusement dilaté, et son diamètre égale celui de l'intestin grêle. Le rein gauche, plus volumineux qu'à l'état normal, offre pareillement un uretère plus large qu'il ne l'est d'ordinaire. Les organes abdominaux, surtout le grand épiploon et les appendices du gros intestin, ont présenté plusieurs tumeurs de nature squirrheuse. Cet homme était malade depuis dix-huit ou vingt ans, et M. Amussat ne peut s'expliquer comment des lésions de ce genre l'ont laissé vivre aussi long-temps.

Avant la fin de la séance, M. Lisfranc annonce à l'Académie que le malade auquel il a réduit une luxation qui datait de cinq mois, et celui chez lequel il a pratiqué l'extraction d'une culasse de fusil logée dans la fosse zygomatique, sont parfaitement guéris, et qu'ils ont quitté Paris.

Séance du 29 janvier 1829. — Le secrétaire de la section annonce que le Conseil d'administration a décidé qu'à l'avenir les auteurs d'instrumens, machines, etc., soumis à l'examen de l'Académie, et sur lesquels un rapport aura été fait, pourront les retirer en en laissant un dessin et une description détaillée qui seront annexés à ce rapport et conservés dans les archives.

Grossesse compliquée de tumeurs fibro-squirrheuses. — M. Amussat lit un rapport sur une observation adressée et lue à l'Académie par M. le docteur Troussel. Rosalie Julien, mariée en 1822, à l'âge de 27 ans, fit une fausse-couche trois mois après, à six semaines de gestation à peu près. Six mois plus tard, elle perdit son mari, et le chagrin profond qu'elle éprouva de cette perte dérangea sa santé. Bientôt, l'évacuation menstruelle se faisant toujours avec une grande régularité, elle s'aperçut d'une augmentation de volume du

ventre ; de la pesanteur vers l'anus, de fréquens besoins d'uriner et un léger malaise commencèrent en même temps à se faire sentir pendant la marche. Le ventre continua à s'accroître lentement pendant trois ans, et à cette époque, il était arrivé à ce point que l'on aurait pu, au premier abord, croire la malade enceinte de quatre à cinq mois. Vers la fin de 1828, cette femme éprouvant des douleurs d'estomac, consulta M. le docteur Troussel qui, ayant exploré l'abdomen, reconnut, dans l'hypogastre, une tumeur indolente, arrondie, dure, plongeant dans l'excavation du bassin, et dont l'existence était facilement constatée au moyen du doigt porté, soit dans le vagin, soit dans le rectum. Cette tumeur, de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, avait occasionné un abaissement de l'utérus, mais sans qu'il en fût résulté aucune irrégularité, soit dans l'écoulement menstruel, soit dans l'exercice des autres fonctions. Les choses restèrent dans cette état, ou du moins sans qu'il y eût d'augmentation sensible, pendant les deux années qui suivirent ; et la santé de R. J. se maintenant assez bien, cette femme se maria de nouveau dans le mois de janvier 1828. Au mois d'avril suivant, les régles ne parurent pas ; il survint un malaise semblable à celui des premiers temps de la gestation, et R. J. se crut enceinte. Le ventre augmenta rapidement de volume, et la marche en fut bientôt gênée ; des douleurs lancinantes furent éprouvées à l'hypogastre, particulièrement du côté droit : on chercha à constater la grossesse, mais on ne put y parvenir. La femme ne tarda pas à être forcée de garder la chambre et même de s'aliter ; l'augmentation de l'abdomen alla croissant ; les douleurs devinrent et plus vives et plus fréquentes ; l'insomnie, l'amaigrissement vinrent aggraver cet état ; le dérangement des fonctions digestives, le dévoiement, la fièvre hectique se montrèrent à la suite, et la malade, arrivée au dernier degré du marasme, succomba le 4 septembre.

L'ouverture du cadavre fit voir la cavité de l'abdomen occupée presque entièrement par une tumeur arrondie, de treize à quinze pouces de diamètre, de nature fibreuse et présentant à l'intérieur plusieurs anfractuosités isolées, disposées çà et là dans le centre d'une substance squirrheuse, lardacée, encéphaloïde, de couleur blanc-rougeâtre, variant pour la consistance dans les différens points de son étendue. Cette tumeur, développée entre les deux feuillets du ligament large, adhérait à l'utérus dans une assez grande étendue au moyen d'un tissu cellulaire serré, et en outre sur la partie latérale droite de la matrice, près du point d'insertion du vagin, au moyen d'un pédicule court, aplati, large d'un pouce environ, et formé d'une substance fibreuse qui s'identifiait avec les fibres musculeuses de l'organe. Quatre autres petites tumeurs de nature

fibreuse se trouvaient encore, en différens points, entre les parois de l'utérus et le péritoine qu'elles soulevaient. L'utérus, refoulé dans la partie latérale gauche de la cavité abdominale, contenait un fœtus bien conformé, de quatre mois et demi à cinq mois. On ne peut douter que la tumeur n'eût préexisté à la conception.

TUMEUR OSSEUSE. — M. Amussat présente une tumeur osseuse de la grosseur et de la forme d'un hémisphère cérébral, trouvée par lui dans l'épaisseur des parois d'un utérus : l'analyse chimique a démontré qu'elle était formée de phosphate de chaux et de gélatine. Les tumeurs de même espèce ne sont pas rares suivant lui, et il en a observé plusieurs pendant qu'il était à la Salpêtrière, mais jamais d'un volume aussi fort.

TAILLE SUS-PUBIENNE. — Le même chirurgien présente un homme âgé de 70 ans, qui éprouvait depuis long-temps les symptômes d'un calcul vésical ; il a pratiqué sur lui la taille hypogastrique, parce que trois circonstances s'opposaient à l'emploi de la lithotritie dans ce cas : 1.° la pierre était fixée au côté gauche du bas fond de la vessie, dans une espèce de cul-de-sac ; 2.° la vessie était très-irritée, et les urines que rendait le malade étaient muqueuses et même purulentes ; 3.° enfin, l'urètre était doué d'une grande sensibilité et présentait des rétrécissemens dans plusieurs de ses points. Ce sujet, qui porte une hernie ombilicale et une hernie inguinale droite, a été opéré le 4 décembre ; la canule, mise dans la plaie, ainsi que le pratique toujours M. Amussat, a été enlevée le 10 ; le 18, les urines ont commencé à couler par l'urètre sans le secours d'une sonde ; le 22, le malade a pu sortir, et le 28, la plaie a été entièrement fermée ; la cicatrice, obtenue par première intention dans les trois-quarts supérieurs, est linéaire dans ce point : elle est ovalaire dans l'endroit où la canule a été placée.

M. Amussat, après avoir donné une nouvelle description très-étendue du mode de pansement et du régime qu'il met en usage après la taille sus-pubienne, fait un résumé succinct des opérations qu'il a pratiquées selon sa méthode. J'ai opéré, dit-il, douze malades, parmi lesquels se trouvaient trois enfans, un de 2 ans, un de 4, et le troisième de 12 ; les autres étaient un adulte et huit vieillards de 60 à 77 ans. De ces divers calculeux, trois seulement sont morts : l'un d'eux, âgé de 72 ans, a succombé quatre jours après l'opération ; la vessie chez ce sujet était très-malade et contenait un calcul volumineux et friable, dans la substance duquel s'enfonçaient des portions fongueuses qui partaient de la paroi interne du viscère. L'opération offrit beaucoup de difficultés et demanda beaucoup de temps pour être terminée ; en outre, l'indocilité du malade fut telle que la canule ne put être maintenue en place. La mort des deux

autres ne peut être raisonnablement attribuée à l'opération ; en effet, chez l'un, âgé de 76 ans, elle survint à la suite de fièvres intermittentes, et soixante-trois jours après la cystotomie, lorsque la plaie était complètement cicatrisée, et que l'urine s'écoulait par l'urètre ; l'ouverture du cadavre ne put être faite. Le troisième, âgé de 71 ans, mourut à l'hôpital Saint-Louis, trente-huit ou quarante jours après l'opération, et, à l'autopsie, on découvrit des tubercules dans l'encéphale et des ascarides lombricoïdes dans l'estomac, qui en outre était ulcéré en divers endroits ; la vessie, au contraire, ne présentait aucune trace de lésion. M. Amussat soutient que des résultats aussi satisfaisans méritent bien l'attention. M. Gimelle soutient qu'il y a toujours de l'inconvénient à introduire un corps étranger entre les lèvres d'une plaie. M. Lisfranc dit que les succès obtenus par M. Amussat ne sont pas comparables à ceux obtenus par quelques autres chirurgiens, et en particulier par M. Viricel, de Lyon, qui sur quatre-vingt-trois calculeux opérés par la taille latéralisée n'en perdit que trois ; encore chez deux d'entre eux les calculs étaient enchatonnés, et celui du troisième avait des adhérences simples avec les parois de la vessie. M. Moreau pense que pour apprécier convenablement les résultats obtenus avec telle ou telle autre méthode de tailler, on ne peut peser trop attentivement les circonstances particulières dans lesquelles se trouvent les malades avant et après l'opération ; suivant qu'elles sont favorables ou non, une même méthode peut, dans des mains habiles, obtenir des succès ou être suivie d'insuccès ; il cite l'exemple de M. le docteur Ouvrard, de Dijon, qui sur soixante et quelques calculeux qu'il a opérés, n'en a perdu que trois ou quatre au plus. M. Baudeloque cite également M. Dupuytren qui a eu vingt-six succès de suite par la taille bilatérale. M. Demours joint à ces exemples celui de Deschamps, qui, en suivant des méthodes différentes, opéra dix-neuf malades de suite avec un succès complet. Enfin, M. Duval rapporte à cette occasion l'histoire de deux malades taillés par le même chirurgien ; le premier, vieillard de soixante-dix ans, fut opéré sans aucune préparation ; le calcul était friable et volumineux, et l'opérateur, dont la main était tremblante, fut forcé d'introduire dix-sept fois les tenettes dans l'intérieur de la vessie ; néanmoins, le malade se rétablit parfaitement. Le second, au contraire, était un jeune homme, et fut, pendant un mois entier, soumis au régime le plus convenable à assurer le succès de l'opération qui fut pratiquée avec promptitude et sans difficulté ; cependant, sans qu'il survînt d'accidens graves dépendans de cette opération, le malade succomba le lendemain.

GUÉRISON DE SQUIRRHES. — M. Lisfranc parle de squirrhes nom-

breux guéris par lui au moyen des antiphlogistiques et des fondans; suivant lui, il est indispensable de ranger les squirrhes en deux divisions distinctes, selon qu'ils sont à l'état aigu ou à l'état chronique. Cette division a déjà été indiquée par un de ses élèves, M. Coster, dans la thèse qu'il a soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, thèse dans laquelle il a consigné bon nombre de faits qui prouvent l'efficacité du traitement employé par M. Lisfranc. Pour faire cesser toute espèce de doute à cet égard (plusieurs personnes ayant pensé que ce praticien n'avait pas guéri de vrais squirrhes), il présente à la section un malade auquel un des chirurgiens les plus distingués de la capitale enleva avec succès, il y a quelques années, un cancer de la lèvre supérieure. Depuis, une tumeur qui offrait tous les caractères du squirrhe s'étant développée sur la cicatrice, M. Lisfranc en a obtenu la disparition complète par le seul secours des antiphlogistiques et des fondans.

M. Duval pense qu'on ne peut employer trop d'attention lorsqu'il s'agit de décider si une tumeur est squirrheuse ou non. Il cite à l'appui l'exemple d'un sujet que l'on regardait comme affecté d'un squirrhe des gencives, et qu'il a guéri, sans opération, à l'aide d'un traitement mercuriel. M. Lisfranc ajoute, à ce qu'il a déjà dit, que l'emploi successif des sangsues, des résolutifs, de la compression et des fondans est devenu, entre ses mains, un moyen efficace de guérison dans les cas d'induration des parties molles compliquées de trajets fistuleux et de dénudation des os. Il présente un malade chez lequel le premier os métatarsien droit était dénudé depuis plusieurs mois; les parties molles qui l'environnaient était indurées, et il y existait un trajet fistuleux. La résection de cet os avait été proposée par quelques chirurgiens, quand il soumit le sujet au traitement indiqué plus haut; il y joignit l'application de cataplasmes émolliens, le repos et une diète légère pendant tout le temps que l'inflammation resta à l'état aigu, et, dans l'espace de deux mois, le malade obtint une guérison qui ne s'est pas démentie depuis cinq semaines. Ce fait et quelques autres du même genre que possède M. Lisfranc, le portent à conclure qu'à l'avenir on devra être moins prompt à pratiquer des opérations dans ces différens cas.

Section de pharmacie. — *Séance du 27 décembre.* — Onguent populéum. — M. Germain, pharmacien à Fécamp, écrit à la section, dont il est correspondant, pour lui faire observer que, dans la préparation de l'onguent populéum, ce n'est point douze livres de la fécule verte de chacune des plantes prescrites pour cette préparation qu'il faut prendre pour cent livres d'axonge, mais seulement douze livres de cette fécule retirée de toutes les plantes réunies et mêlées dans une proportion telle qu'il s'y trouve cinq parties de morelle noire

sur une partie de chaque autre plante. A l'aide de ce procédé, qu'il regarde comme plus commode que tous ceux indiqués jusqu'ici, M. Germain assure que l'on obtient constamment un onguent qui possède au plus haut degré la couleur et les qualités qu'il doit présenter, en même temps qu'il se trouve à l'abri des influences des saisons sèches ou humides auxquelles celui préparé par l'ancienne méthode est assujetti.

Coloration du pain par la graine de mélampyre. — Les semences du *melampyrum arvense* (blé de vache), mêlées au froment et réduites en farine avec lui, communiquent au pain une couleur rougeâtre violacée et une saveur désagréable qui passe même pour insalubre. Pour constater leur présence dans la farine de blé, M. Dizé s'est livré à des expériences dont voici le résultat : ces semences, noirâtres et dures, étant concassées, impriment sur le papier une tache huileuse ; leur saveur est déplaisante ; la matière colorante rouge de leur enveloppe n'a pu être isolée par aucun des procédés analytiques connus ; mais, à l'aide de l'acide acétique affaibli, on est parvenu à la manifester. Aussi cette teinte, qui ne se développe pas dans la pâte du pain azyme ou non levé, se montre-t-elle dans la pâte qui, subissant la fermentation panaire, dégage, par conséquent, de l'acide acétique. Pour découvrir ces semences dans une farine quelconque, M. Dizé donne le moyen suivant comme le plus prompt et le plus facile : on forme une pâte molle avec la farine à essayer et une suffisante quantité d'acide acétique affaibli de deux tiers d'eau, on fait cuire dans une cuiller, et, s'il s'y trouve de la graine de mélampbyre, l'intérieur du petit pain qui en résulte est coloré en rouge violacé.

L'ordre du jour, dans cette séance, ayant appelé le renouvellement du bureau pour l'année 1829, MM. Boullay, Pelletier et Virey ont été nommés : le premier, président ; le second, vice-président ; et le troisième, secrétaire.

Séance du 17 janvier 1829. — Calculs intestinaux. — M. Caventou a reçu de M. le docteur Bourdois plusieurs calculs intestinaux rendus par les selles ; ils étaient légers, verdâtres, translucides, sans formes déterminées, mais assez volumineux. Ayant été renfermés dans une boîte pendant une quinzaine, ils sont devenus opaques, blancs-grisâtres, grippés, ont exhalé une odeur analogue à celle du beurre rance, et ont acquis la propriété de rougir la couleur bleue du tournesol. Mis en contact avec l'alcohol chaud, ce liquide en opéra immédiatement la dissolution, et il n'en resta que des pellicules minces, grisâtres, disposées en forme de poches vides, affaissées, racornies. Ce même alcohol, abandonné à lui-même, laissa déposer, en se refroidissant, une matière blanche, cristalline, n'ayant aucun trait de

ressemblance avec la cholestérine, mais se comportant avec les alcalis de la même manière que la stéarine. Par conséquent, ces calculs, d'un genre tout nouveau, étaient composés de stéarine et d'oléine renfermées dans des espèces de vésicules membraneuses. M. Bourdois, en les remettant à M. Caventou, lui apprit que le malade dont il les tenait en rendait assez souvent de semblables, sans éprouver d'autres douleurs qu'un sentiment de compression dans l'hypochondre droit; ce sujet était tourmenté par un développement si considérable d'acides dans les premières voies, que le régime le plus alcalin ne pouvait l'en délivrer. A cette occasion, M. Chevallier parle d'un calcul biliaire du poids de treize grammes, qui, malgré son volume excessif, a traversé le canal cholédoque; en brisant ce calcul, qui était entièrement formé de cholestérine, on apercevait des lignes rayonnées allant du centre à la circonférence.

Semences du mélampyre des champs. — M. Henry père, pour compléter le travail de M. Dizé sur ces semences, donne leur analyse chimique extraite d'un mémoire adressé par M. le docteur Gaspard, de Saint-Etienne (Loire), à la société royale d'agriculture de Paris. Ce médecin les a trouvées composées : 1.° d'une matière caséiforme, très-soluble dans les alcalis, insoluble dans l'alcohol et les acides, et précipitable par les astringens; 2.° d'une petite quantité d'albumine; 3.° d'une petite quantité de matière sucrée incristallisable; 4.° de gomme-résine; 5.° d'une substance blanche qu'il a considérée comme de la stéarine; 6.° d'une espèce d'oléine; 7.° d'une matière colorante fauve, soluble dans l'eau et l'alcohol, et insoluble dans l'éther; 8.° de ligneux et de matières salines peu remarquables. Elles ne contiennent ni acide gallique, ni tannin, ni amidon, ni soufre, suivant M. Gaspard, qui a remarqué, comme M. Dizé, que leur couleur violette était développée par la fermentation, mais qui l'a attribuée à la matière caséiforme qu'elles renferment.

Fécules mêlées aux farines. — M. Chevallier dit qu'ayant examiné, soit à la loupe, soit au microscope, plusieurs farines qu'on lui avait soumises, il y a distingué, à l'aide de ces instrumens, des molécules de fécule analogue à celle de la pomme de terre.

Séance du 31 *janvier*. — Mélanges de farine de froment et de fécule de pomme de terre. — M. Henry père communique à l'académie un travail qu'il a entrepris sur ce sujet. Il a recherché les moyens de reconnaître ces mélanges, et, à l'aide d'une forte loupe, il est parvenu, surtout au soleil, à découvrir les grains brillans et cristallins de la fécule; mais pour avoir une donnée précise sur la proportion des mélanges, il a eu recours à l'extraction du gluten. Les farines pures produites par les blés de 1827 et 1828 lui ont donné dix parties et demie pour cent de gluten séché et pulvérulent, tandis

que celles qui lui avaient été adressées comme mélangées d'une certaine quantité de fécule n'en ont fourni que six ou six et demi pour cent. M. Lodibert pense que la pesanteur spécifique, variable dans les diverses fécules, pourrait, jusqu'à certain point, offrir un moyen de reconnaître ces mélanges.

Ecorce de massoy ou massohi. — M. Bonastre donne communication d'un travail chimique sur cette écorce, produite par un végétal de la famille des Laurinées. Sa cassure est fibreuse, et son tissu spongieux présente de petits cristaux; sa saveur est amère, aromatique, et son odeur se rapproche de celle du sassafras. Distillée, elle fournit trois produits volatils huileux différens : 1.° une huile limpide, presque incolore, aromatique, expansible, d'un poids spécifique moindre que celui de l'eau, soluble dans l'alcohol déflegmé et dans l'éther, et passant au rouge nacarat par l'action de l'acide nitrique; 2.° une seconde huile, moins volatile que la précédente, plus pesante que l'eau, soluble dans l'alcohol à trente-six degrés, dans l'éther et dans l'acide acétique, se colorant en rouge par l'acide nitrique qui la transforme en acide oxalique sans donner de principe amer, ne s'unissant aux alcalis qu'avec beaucoup de difficultés; 3.° enfin, une substance solide, pulvérulente, de couleur blanche, plus pesante que l'eau, soluble dans l'alcohol, et ayant quelque ressemblance avec la caryophylline. Le résidu de la distillation, soumis à l'action de l'eau bouillante, donne un extrait, et ce nouveau produit, mis en contact avec l'alcohol bouillant, lui cède une substance soluble qui se précipite par le refroidissement; l'éther sépare de la solution de la stéarine et une petite quantité de sous-résine; on y trouve aussi un peu de fécule. M. Planche assure que des huiles volatiles analogues se rencontrent dans beaucoup de substances aromatiques, et qu'il est complètement inutile de les diviser par des caractères distincts en fractions, comme autant de produits différens; il ajoute que le poids spécifique des huiles essentielles varie selon que ces produits sont obtenus de plantes qui ont été récoltées dans une année pluvieuse ou sèche.

Académie royale des Sciences.

Séance du 17 novembre 1828.— **Phthisie pulmonaire produite par le froid chez les animaux.**—Dans le mois de mars 1826, M. Flourens ayant observé que trois petits canards qui avaient été déposés à l'air libre, et sur une terrasse située au nord, avaient, dans l'espace de quelques heures, succombé successivement à une inflammation vive et subite de l'organe pulmonaire; ce fait, joint à une observation du même genre

qu'il avait été à même de faire plusieurs années auparavant sur des poules et des canards privés de leurs lobes cérébraux, le conduisit à penser que le froid devait être regardé comme la cause unique de ces accidens. Pour vérifier cette conjecture, il fit transporter dans une basse-cour exposée au midi, d'autres petits canards, au nombre de sept, et tous ces animaux, réchauffés par les rayons du soleil, se maintinrent dans un état de santé parfaite. De nouvelles expériences comparatives furent tentées par ce physiologiste, et des résultats semblables furent obtenus. Au mois d'octobre de la même année, M. Flourens recommença ses essais pour pouvoir en tirer des résultats plus certains. Sur vingt-trois poulets qu'il mit en expérience, il en prit six pour les placer dans un appartement constamment chauffé à une douce température, et aucun d'eux ne succomba; onze autres furent renfermés dans une basse-cour exposée au midi, en leur laissant la liberté d'aller se chauffer au feu de la cuisine, ce qu'ils faisaient souvent, et néanmoins, à l'exception d'un coq et d'une poule, ils moururent tous de phthisie pulmonaire, vers la fin du mois de décembre, après avoir passé par tous les degrés de la consomption. A l'ouverture de leurs cadavres on trouva généralement le larynx, toute la trachée-artère et les bronches tapissées par une humeur purulente de couleur de boue ou grise sale, d'une odeur extrêmement fétide, parsemée de points noirâtres très-petits et très-nombreux, et d'un poids plus considérable que celle de l'eau, au fond de laquelle elle se précipitait. Dans certains points, le tissu des poumons, gorgé de sang et d'une couleur lie de vin, était ramolli et comme putréfié; dans quelques autres, le plus communément sur le bord postérieur externe, on observait dans les vésicules pulmonaires des points noirs semblables à ceux dont il a déjà été parlé; enfin, d'autres points offraient des vésicules de couleur rouge, constituant de petites poches que remplissait une matière purulente pareille à celle que présentaient les canaux bronchiques.

Il restait encore six autres poulets qui furent tenus dans la basse-cour jusqu'à la manifestation des symptômes de la phthisie. A cette époque, ils furent portés dans la chambre chauffée où les six premiers étaient renfermés, et furent marqués pour qu'on pût les distinguer de ceux-ci. Deux d'entr'eux succombèrent dans l'espace de quelques jours, et leurs poumons furent trouvés dans un état d'inflammation et de suppuration; les quatre restans se rétablirent peu à peu et recouvrèrent complètement la santé, et alors on en sacrifia trois pour reconnaître l'état actuel des organes pulmonaires; chez tous les trois, le poumon présenta des traces d'une ancienne altération, plus ou moins profonde, mais entièrement guérie.

De ces recherches, M. Flourens conclut : 1° que le froid exerce sur

les poumons des animaux une action directe et constante, d'autant plus grave et plus prompte que l'animal est plus rapproché du moment de la naissance ; 2° que le froid ne donne point naissance à une inflammation aiguë et promptement mortelle, mais à une inflammation chronique, la phthisie pulmonaire; 3° que la chaleur prévient constamment l'invasion de cette maladie; qu'elle en suspend constamment les progrès lorsqu'elle est déclarée, et qu'elle les arrête même souvent, et procure quelquefois une guérison parfaite; 4° que jamais cette maladie ne se communique par contagion, quel que soit le degré auquel elle soit parvenue ; 5° enfin, que l'action d'un air trop long-temps renfermé peut déterminer, chez les animaux, des abcès de la cornée et des inflammations du globe de l'œil, accidens qui sont encore rendus plus terribles par l'impression du froid et surtout du froid humide.

Nota. Cette dernière conclusion se trouve ici, parce que M. Flourens observa des maladies des yeux parmi quelques-uns des poulets qu'il avait tenus renfermés dans la chambre chaude dont il a été question. Ce physiologiste, qui espère que les résultats de ces observations ne seront pas perdus pour l'humanité, se propose de compléter ses expériences par de nouvelles sur la phthisie tuberculeuse congénitale de certains animaux ruminans ou rongeurs, chez lesquels cette affection se rencontre très-fréquemment.

Prédominance relative des sexes. — M. Fourier fait un rapport verbal sur un Mémoire de M. Girou de Buzaringues, ayant pour titre : *Recherches statistiques sur la prédominance relative des sexes dans les divers départemens de la France.*— Les premières, qui ont eu pour objet le mouton, le cheval et les oiseaux, sont très-nombreuses. Il en résulte que si l'on accouple des mâles trop jeunes avec des femelles dans l'âge de la force, il naît plus de femelles que de mâles, et que le contraire a lieu si l'accouplement se fait dans des conditions opposées ; d'où M. Girou conclut que l'on peut à volonté, dans les haras et dans les basses-cours, faire prédominer les naissances de l'un ou l'autre sexe. Les secondes se composent de recherches faites au moyen des tableaux du mouvement de la population envoyés au ministère de l'intérieur par les autorités administratives des diverses localités. L'auteur distingue les départemens en trois classes, la première comprenant ceux où les travaux des habitans tendent à développer les forces motrices, parce qu'ils en nécessitent l'emploi habituel; la seconde se composant de ceux où le genre d'occupation des habitans tend à énerver les forces actives; et la troisième enfin renfermant ceux où les diverses professions favorisent presque au même degré les deux facultés d'agir et de sentir. Dans les départemens de la première classe, le rapport des naissances de garçons aux naissances de

filles est au-dessus de la valeur moyenne annuelle que donne la France vue dans sa généralité ; dans ceux de la seconde classe, le rapport des naissances des deux sexes est au-dessous de cette valeur moyenne ; et dans ceux de la troisième, il égale cette valeur moyenne, ou du moins il en diffère peu.

Séance du 1er décembre. — M. Flourens, physiologiste distingué, est élu, en remplacement de M. Bosc, décédé, dans la Section d'Agriculture et d'économie rurale.

Bégaiement. — M. le docteur Deleau, dans un mémoire qu'il lit sur le bégaiement, en reconnaît trois genres : le premier, dû à des habitudes contractées dès l'enfance, et n'étant autre chose qu'un vice de prononciation qui consiste dans un son mal articulé ou substitué à un autre, a reçu les dénominations de *grasseyement*, *lambdacisme*, *sesseyement*, *hottentotisme*, etc. ; le second, produit par une lésion organique, et observé chez des apoplectiques, des paralytiques, certains idiots et des personnes dont les organes de la parole offrent quelque lésion assez considérable, s'appelle *bégaiement continu* ; enfin, le troisième, dont la cause prochaine est une volonté peu ferme, une action cérébrale incomplète, ou bien un influx nerveux insuffisant pour diriger convenablement les organes qui servent à la production de la parole, est le *bégaiement intermittent*, qui présente deux degrés différens, *l'hésitation* et le *balbutiement*. M. Deleau subdivise ce dernier genre, le seul qu'il traite dans le travail dont il s'agit, en trois espèces, en se fondant « sur les organes chargés du mécanisme de la parole » ; ce sont le *bégayement lingual* ou *loquax*, le *bégaiement labial difforme*, et le *bégaiement muet*. Il examine ensuite successivement les différens modes de traitement employés jusqu'ici contre ce vice du langage, et il propose une nouvelle méthode qui lui est propre, méthode consistant dans la représentation, au moyen de signes arbitraires, des positions et des mouvemens divers des organes producteurs de la parole. Il présente en même temps un tableau de ce nouvel alphabet, auquel est jointe une explication détaillée.

Lithotritie. — M. Le docteur Heurteloup lit un mémoire sur un grand nombre de guérisons de calculs vésicaux par le broiement, et qui, pour la plupart, ont été obtenus à l'aide d'instrumens fort ingénieux, de son invention. L'un de ces instrumens, auquel il a donné le nom de *système d'évidement*, est disposé de telle manière que, du premier coup, la pierre est évidée et rompue, sans qu'il soit nécessaire de la perforer à diverses reprises comme cela a lieu avec les appareils lithotriteurs qui ont été mis en usage jusqu'ici. Le calcul, ainsi évidé, est réduit en poudre pour la plus grande partie, et le reste en coques friables qu'une seule attaque suffit pour briser, et par là l'opération se trouve abrégée de plus de moitié.

Le second instrument de M. Heurteloup, qu'il appelle *brise-coque*, est d'un mécanisme simple et facile et d'une énergie considérable, même sur des pierres d'un assez gros volume ; ces pierres sont à peine prises par les branches de cet instrument, qu'elles sont écrasées, quelle que soit leur dureté. Il est des malades qui ont été débarrassés de leurs calculs avec ce brise-coque seulement, et dans une séance unique. M. le docteur Heurteloup fait en outre observer que les opérations pratiquées à l'aide de son appareil, dont la puissance sur le corps étranger est à celle des autres systêmes d'instrumens employés dans le même cas, comme un est à dix, sont plus rapides, plus douces que celles faites avec l'instrument *perce-pierre* ou à trois branches, et qu'elles offrent en même temps plus de chances de succès.

VARIOLE. — M. le docteur Robert, médecin du lazaret de Marseille, adresse à l'Académie des observations sur l'épidémie de cette ville, suivies de nouvelles remarques sur la vaccine. Plusieurs milliers de personnes, la plupart adultes, qui avaient toutes été soumises à l'inoculation du vaccin, et chez lesquelles la vaccine s'était développée régulièrement, n'en ont pas moins été atteintes de la variole, qui a causé la mort de quarante-cinq d'entre elles. Dix inoculations de varioloïde ont prouvé à M. Robert la propriété éminemment contagieuse de cette maladie, et le pouvoir qu'elle a de donner naissance à la variole ; il suffit d'un simple rapprochement d'individus pour que cette affection se communique.

VARIÉTÉS.

Remarques critiques communiquées par M. S. LEPRINCE, *maîtresse sage-femme à Paris, sur une observation présentée au Collège royal de médecine et de chirurgie de Cadix, comme un cas de grossesse extra-utérine, par don* FRANCISCO DE FLORES MORENO, *professeur au même Collège.*

Parmi les causes qui ont le plus contribué à ralentir les progrès des sciences naturelles, il faut compter, après les histoires controuvées et les faits inexacts, les observations incomplètes. Serons-nous affranchis désormais de ces divers obstacles? Quant aux premiers, il est permis de l'espérer, puisque cela ne demande, de la part de l'observateur, que de la probité et de l'attention ; mais ce serait trop se flatter que de se promettre à l'égard de l'autre le même avantage. On n'observe parfaitement que les faits dont on a par avance une con-

naissance à-peu-près complète. Il faut donc s'efforcer de mettre à profit les observations qui laissent quelque chose à désirer, et suppléer par la critique les circonstances qui ont échappé à l'observateur. C'est ce que nous allons essayer de faire pour l'observation suivante; nous espérons y trouver assez de renseignemens pour démontrer que M. le professeur Moreno et ses six confrères se sont trompés sur la nature d'une affection qui n'était pourtant pas fort extraordinaire, et qui n'avait rien d'extrêmement obscur. Nous nous livrerons d'autant plus volontiers à cet examen que l'observation, fort curieuse en elle-même, mérite d'être reproduite dans un Journal aussi répandu que les *Archives*, et que nous y trouverons une occasion de montrer avec quelle légèreté MM. les Médecins jettent sur les sages-femmes l'imputation d'ignorance, dans les cas mêmes où ils n'ont pas suffisamment pris soin de se mettre à l'abri d'un pareil reproche. Voici cette observation telle qu'elle a été insérée dans les *Annales de la Médecine physiologique*. (N.° de décembre 1828.)

Le 13 août de cette année (1827), dit M. Moreno, entre quatre et cinq heures du soir, on vint m'appeler d'urgence pour aller, rue de la Tour, N.° 24, dans la maison de Don Antonio Gonzalez. Je m'y rendis, et on m'apprit que c'était pour Madame qui était en travail. La sage-femme qui l'assistait vint à ma rencontre, et me fit l'exposition suivante : « A dix heures du matin, on m'a appelée pour cette dame, que j'ai trouvée dans les douleurs vraies de l'accouchement; la poche des eaux se formait; elle se rompit, les eaux s'écoulèrent, et les douleurs continuant, la tête du fœtus se présenta au détroit dans une position favorable. Dans cet état de choses, une forte douleur se déclara vers l'épigastre, les douleurs de parturition cessèrent, et, en examinant la patiente, je remarquai que la partie qui s'était présentée avait complètement disparu. » Jusque-là c'était la sage-femme qui avait agi. D'après son rapport, mon premier jugement, que nous verrons, par le résultat, être gratuit, fut de soupçonner une rupture de la matrice. En conséquence, je passai dans l'alcove de la patiente, que je trouvai placée sur une couchette et se plaignant de fortes douleurs de ventre qui devenaient plus vives au plus léger contact. Je m'informai de l'âge de cette dame, et on m'apprit qu'elle avait de trente-huit à tronte-neuf ans; qu'il y avait neuf ans qu'elle avait eu son dernier accouchement; qu'elle avait toujours été grasse, mais beaucoup plus dans ces dernières années. Son aspect manifestait un tempérament lymphatique; avec ces antécédens, je procédai à l'examen. Je rencontrai le col de l'utérus parfaitement fermé, et avec l'épaisseur qu'il a ordinairement quand ce viscère est dans son état de santé, sans avoir souffert la dilatation propre à la grossesse, et en rapport avec le volume extraordinaire que présentait l'abdomen.

Au milieu de ces doutes, et mon premier soupçon s'étant peu-à-peu évanoui, parce qu'il manquait l'hémorrhagie externe ou interne qui accompagne la rupture de l'utérus, je demandai qu'on fit venir immédiatement don José Benjumeda, à qui je communiquai à son arrivée ce que je viens d'exposer, et les difficultés que je rencontrais à former un diagnostic exact du cas qui nous occupait. Ayant achevé notre consultation, et discuté quelques points de pratique assez intéressans, nous procédâmes à un second examen, d'où il résulta qu'il s'était formé une tumeur bien apparente et dure dans l'hypochondre gauche, et une autre moins remarquable dans la fosse iliaque du côté droit. L'examen intérieur ne nous avait donné d'autres résultats que ceux que j'avais observés. En conséquence, nous n'hésitâmes point à former un prognostic funeste, persistant toujours dans l'idée d'une rupture de la matrice, attribuant le défaut d'hémorrhagie à ce que la même partie du fœtus qui avait pénétré dans l'abdomen pouvait produire une compression sur les vaisseaux rompus; mais comme cela n'allait pas au-delà d'une pure supposition, nous demandâmes une réunion plus nombreuse, indiquant pour l'un des consultans, don Carlos Francisco Ameller, qui malheureusement a beaucoup de pratique dans les accidens de cette nature, concurremment avec don Manuel Padilla et don Antonio Perujo, médecin ordinaire de la maison, et qui était dans le cas de nous éclairer touchant ce qui avait été observé du cas fâcheux de la malade. Les consultans s'étant donc réunis à sept heures du même soir, et ayant entendu le récit de la sage-femme que nous avons déjà exposé, aucun ne put douter qu'une sage-femme de plus de trente années de pratique, et qui jouit d'une bonne réputation dans le monde, eût méconnu une tête qui se présentait. En conséquence, l'idée de la rupture en question subsista, et on exposa les moyens d'améliorer l'état de la malade; mais aucun ne pouvait déjà plus être employé, tant par le manque de dilatation du col de la matrice, qui ne permettait pas l'introduction de la main, que parce qu'il s'était déclaré une horrible péritonite, accompagnée d'une soif inextinguible, d'une chaleur brûlante dans toute la superficie du corps, spécialement à l'abdomen, de sécheresse de la langue, qui était blanche au centre et rouge sur les bords et à la pointe, d'un pouls élevé, dur et accéléré. A l'aspect de ces symptômes, on crut que l'indication la plus pressante qui se présentât était de s'opposer aux progrès de la phlegmasie, en recourant aux secours de la thérapeutique qui constituent la méthode antiphlogistique, comme les saignées générales et locales, au moyen de sangsues appliquées en grand nombre sur l'abdomen, les bains de siège chauds, les fomentations émollientes, les lavemens de même espèce, les fumigations, la diète absolue, et les

boissons rafraîchissantes et mucilagineuses. On mit tout en pratique avec la plus grande activité, sans oublier les soins spirituels et temporels. La phlegmasie céda quelque peu; les inquiétudes et l'insomnie s'amendèrent en quelque sorte, et cet état de choses se continua pendant toute la durée du 14, sans obtenir d'autre résultat que la palliation des symptômes les plus alarmans. Le 15, on me proposa une autre consultation, à laquelle je souscrivis avec beaucoup de plaisir, MM. Benjumeda, Losela et Bonnécaze y participant. Dans cette réunion, on fit diverses tentatives pour reconnaître la position du fœtus, mais elles furent inutiles, sinon préjudiciables, pour des raisons que je tairai par délicatesse. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'aucune lumière ne résulta de cette réunion. Aucun même des co-réunis ne voulut se charger du cas, que je leur cédais généreusement pour procéder à l'opération, selon le désir de la famille de la malade, après avoir cherché à continuer la même méthode antiphlogistique et l'expectation que je m'étais proposée jusqu'alors, et qui était la plus conforme à la prudence dans un cas si douteux, où, malgré la présence de tant de professeurs de mérite et de célèbres praticiens, on n'avait pu porter un jugement exact qui pût faire procéder avec plus d'assurance.

La nuit du 15 se montra avec des symptômes alarmans, comme la difficulté de respiration, des éblouissemens qui se changèrent bientôt en syncopes, froid des extrémités et défaillance du pouls. A la vue de ces accidens, je n'hésitai pas à pronostiquer la mort prochaine de la patiente, qui arriva à trois heures du matin, heure à laquelle on m'en donna avis, selon que je l'avais demandé dans ma dernière visite, qui avait eu lieu à onze heures du soir. Mais étant rentré chez moi un peu indisposé, je leur dis de s'adresser à mon digne et zélé confrère don Jose Benjumeda, qui, accompagné de quelques élèves du Collège royal de cette ville, pratiqua l'autopsie cadavérique, et m'en communiqua le résultat dans une note que je transcris ici :

« L'inspection du cadavre de dona Maria Francisca Albarez de Gonzales ayant été faite, une incision a été pratiquée à la partie médiane et supérieure de la paroi abdominale, sur le trajet de la ligne blanche, qui a mis immédiatement à découvert les épaules d'un volumineux fœtus parfaitement organisé, et placé en travers et un peu obliquement, depuis l'hypochondre gauche où se trouvait la tête, jusqu'à la fosse iliaque droite, que les pieds touchaient. En suivant le cordon, on observa que sa direction était aussi oblique depuis l'ombilic du fœtus jusqu'à la même fosse iliaque droite, où existait une portion de la circonférence du placenta, qui avait son implantation précisément dans la région lombaire du même côté,

sur le muscle carré des lombes, et s'étendait en bas et en dehors jusqu'à la fosse iliaque, sur le muscle du même nom, se trouvant couvert par une partie de l'intestin cœcum et par les circonvolutions droites de l'iléum. En examinant l'utérus, on observa qu'il était vide et plus volumineux que dans l'état normal, ce qui était un effet de l'inflammation qu'il partageait avec tout le reste des viscères contenus dans la cavité. On l'a détaché, et on le conserve dans le cabinet d'anatomie pathologique du Collége royal. »

Si l'assurance avec laquelle on nous certifiait la présence de la tête ne nous eût pas détourné de l'idée de la conception extra-utérine, il n'eût pas été difficile de porter un jugement, du moins assez approximatif, sur le cas qui nous occupe. En effet, l'inspection du cadavre montra que le récit de la sage-femme, qui pouvait seul servir de guide, était erroné, et que, par là même, il nous induisait dans une méprise d'autant plus grave, qu'il éloignait davantage l'idée du vrai caractère de la maladie. Or, c'était une conception extra-utérine de la classe des abdominales.

L'inspection du cadavre démontre, dirons-nous à notre tour, que le récit de la sage-femme était parfaitement exact, et, quoiqu'il ne fut point la seule circonstance positive qui pût servir de guide, il devait suffire pour mettre des hommes instruits à l'abri de toute méprise. Les docteurs espagnols ne pensent pas ainsi. Entrons donc dans l'examen du fait, et voyons s'il est de nature à laisser quelque incertitude dans l'esprit des lecteurs attentifs. C'était, dit M. Moreno, une grossesse extra-utérine, et il n'eut pas été difficile de le reconnaître si l'on n'eut eu la bonhomie de croire *qu'une sage-femme de plus de trente années de pratique et qui jouit d'une bonne réputation n'avait pu méconnaître une tête qui se présentait.* Le professeur de Cadix ne fait plus difficulté de croire cette sage-femme coupable d'une méprise bien plus grossière. *Elle avait trouvé*, disait-elle, *la malade dans les douleurs vraies de l'accouchement, la pocho des eaux se formait; elle se rompit, et les eaux s'écoulèrent.* Ce sont là des circonstances sur lesquelles toute erreur paraît impossible. Rien de tout cela n'avait eu lieu pourtant s'il en faut croire M. Moréno. Suivant la sage-femme, *la tête du fœtus s'était présentée dans une position favorable; alors une forte douleur s'était déclarée vers l'épigastre, les douleurs de parturition avaient cessé, et en examinant la patiente elle remarqua que la partie qui s'était présentée avait complètement disparu.* Une main ignorante et maladroite pourrait, à la rigueur, prendre pour une tête une tumeur de toute autre espèce; mais il faudrait plus que de l'ignorance pour croire, contre toute réalité, que des douleurs de parturition ont cessé subitement, et qu'une tête

qu'on pouvait toucher et reconnaître a complètement disparu. M. Moréno aime mieux croire à cet excès d'ineptie que d'élever le moindre soupçon contre la solidité de l'opinion qu'il s'est faite de la nature de la maladie. Trouvera-t-il beaucoup de lecteurs qui partagent sa manière de voir? Quoique le rédacteur des Annales ait paru l'adopter, puisqu'il n'a joint à cet article aucune réflexion; nous osons affirmer que les juges compétens en auront une toute autre idée. Qui pourrait croire, en effet, que ce fut une grossesse extra-utérine, lorsque, aux considérations qui précèdent, se joignent celles que suggèrent naturellement l'histoire de la maladie, et l'autopsie, faite d'ailleurs avec si peu de soin et décrite d'une manière si peu précise? Les accidens avaient débuté tout-à-coup; il s'établit, en quelques heures, une *horrible péritonite*: d'où seraient venus des symptômes aussi rapides et aussi alarmans, si le fœtus avait toujours séjourné dans l'abdomen, et s'il n'était passé accidentellement dans cette cavité après s'être développé dans une autre. Mais l'auteur ne donne-t-il pas lui-même la preuve de ce passage? Pendant la première consultation, et dans l'intervalle des deux examens qu'on fit de la malade, *il se forma*, dit-il, une tumeur bien apparente et dure dans l'hypochondre gauche, et une autre moins remarquable vers la fosse iliaque du côté droit. Ces raisons, quand elles seraient seules, seraient décisives et forceraient de reconnaître que la maladie n'était point une grossesse abdominale; eh bien! l'autopsie en fournit de nouvelles et de plus positives, s'il est possible. Dès que les parois de l'abdomen furent incisées, un *volumineux* fœtus se présenta *immédiatement* sans enveloppe, sans connexion avec les parties environnantes. L'utérus était vide et *volumineux*, ce que M. Moréno regarde comme l'effet de l'inflammation de ce viscère, mais ce qui dépendait assurément d'une toute autre cause. Un seul mot de cette relation pourrait tromper un instant la bonne foi du lecteur; mais la moindre attention suffit pour montrer combien le passage où il se trouve est nécessairement inexact, on pourrait presque dire combien il est ridicule de la part de quelqu'un qui le donne pour une preuve de grossesse abdominale. « Dans la fosse iliaque droite, existait une portion de la circonférence du placenta, qui avait son *implantation* précisément dans la région lombaire du même côté, *sur le muscle carré des lombes*, et s'étendait en bas et en dehors jusqu'à la fosse iliaque, *sur le muscle du même nom*. » Si cette *implantation* du placenta sur les muscles carré des lombes et iliaque ne suffisait pas pour donner une idée de sa situation, on trouve encore, dans cette observation si étrangement incomplète, un renseignement non moins précieux, c'est que le placenta était *sous* l'intestin cœcum. Si l'on concluait de tout cela que le placenta était hors du péritoine, et que M. Moreno s'est trompé sur tous les points

du fait qu'il a publié, on risquerait peut-être d'aller au-delà de la vérité; mais ce serait assurément la faute de l'observateur et non la nôtre. Toujours est-il qu'on peut affirmer en toute assurance que le fœtus ne s'était point développé dans l'abdomen, et qu'il y était venu d'ailleurs. L'intégrité extérieure de l'utérus et, probablement, des trompes et des ovaires, que l'on conserve dans le cabinet d'anatomie pathologique, ne permet d'admettre ni une grossesse tubaire ou ovarique, ni une rupture de la matrice. Mais il est une autre voie que la rupture des parois utérines, par où le fœtus peut passer de la cavité naturelle où il se développe dans le ventre de sa mère. MM. les docteurs espagnols, qui paraissent l'ignorer, pourront l'apprendre dans les livres d'une sage-femme (M.me Lachapelle); ce sera faire, en quelque sorte, une réparation à celle dont ils ont attaqué si gratuitement et si maladroitement la réputation. Est-il nécessaire de dire que, dans ce cas, il y avait certainement rupture ou décollement du vagin, et que c'était par là que le fœtus avait passé dans la cavité abdominale? Toutes les circonstances du fait tendent à l'établir; et ce serait se charger d'un soin superflu que d'en déduire ici toutes les preuves (1). Qu'il nous suffise de renvoyer ceux qui pourraient élever le moindre doute à cet égard, au mémoire relatif à cette matière, qu'on trouve dans le tome XV des *Archives*. Nous nous bornerons à prévenir l'objection qu'on pourrait tirer de ce que l'observateur ne dit rien d'une pareille rupture. Outre qu'il est bien d'autres choses dont il ne parle pas et qui n'en sont pas pour cela moins certains, il y a, par rapport au fait dont il s'agit, des raisons particulières de ne tenir aucun compte de son silence. D'abord, il se pourrait très-bien qu'il n'eût pas vu cette rupture. Si elle avait eu lieu, comme cela est à-peu-près certain, à la partie postérieure et peut-être un peu droite du vagin, on conçoit d'autant plus facilement qu'elle ait pu se dérober à des investigations telles que celles dont on a lu le rapport; que le fœtus, en se plaçant au-dessus du bassin, avait dû repousser la matrice en bas et rapprocher, par conséquent, l'un de l'autre les bords de l'ouverture par où il avait passé. C'était là, d'abord, je l'avoue, l'opinion que j'avais eue; mais je crois trouver dans l'observation des raisons suffisantes de

(1) Il en est une pourtant qu'on ne peut guères se dispenser de faire remarquer. Dès la première exploration qu'il fit, M. Moréno rencontra, dit-il, le col de l'utérus épais et en rapport avec le volume extraordinaire que présentait l'abdomen. Comme le col utérin ne grossit point en même temps que l'abdomen, il est difficile de ne pas croire que le médecin a touché, au-delà de la rupture du vagin, le corps même de la matrice, et qu'il l'a pris pour le col de ce viscère.

penser que l'ignorance de ces messieurs ne tombe point sur l'existence même de la rupture du vagin, mais seulement sur la cause de cette rupture. Dans la dernière consultation, à laquelle assistèrent six ou sept docteurs, « on fit, dit M. Moréno, diverses tentatives pour reconnaître la position du fœtus; mais elles furent inutiles, *sinon préjudiciables, pour des raisons que je tairai par délicatesse.* » Ces raisons ne seraient-elles pas qu'on a vu, sur le cadavre, la rupture du vagin, et qu'on l'a prise pour le résultat des manœuvres indiscrètes qu'on avait tentées pour reconnaître la position du fœtus? Il serait difficile de trouver à cette réticence une autre explication que celle-là.

Nous terminerons cette note par la dernière phrase de M. Moréno, mais en y attachant, comme feront sans doute nos lecteurs, un sens un peu différent de celui qu'a voulu exprimer le docteur espagnol. « Cette observation n'est pas très-commune en son genre, et les élèves, à l'instruction desquels les actes de cette société sont consacrés, devront l'avoir toujours présente à l'esprit quand il leur arrivera de pratiquer l'art obstétrique, branche la plus difficile, la plus pénible et la plus compromise de notre profession. »

Nécrologie. — Valentin.

Louis Valentin est mort, le 10 de ce mois, à Nancy, où il avait depuis long-temps fixé sa résidence. Ce médecin, aussi distingué par ses lumières que par son active philanthropie, a été l'un des plus ardens propagateurs de la vaccine, en France. On lui doit d'excellens ouvrages sur la fièvre jaune, dont il a un des premiers contesté la nature contagieuse, et surtout sur le croup, qu'il a démontré n'être autre chose qu'une angine trachéale compliquée de la formation subite d'une concrétion membraneuse dans le canal aérien. Il avait séjourné quelque temps aux Antilles et dans les Etats-Unis, et voyagea en Angleterre et en Italie, cherchant à faire particulièrement servir ses observations à l'avancement et à l'amélioration de la science à laquelle il s'était consacré. Valentin était né à Soulanges, près Vitry-le-Français, en 1758. Il a laissé :

Traité théorique et pratique de l'inoculation; Paris, an VIII (1800), in-8.° — *Traité de la fièvre jaune;* Paris, 1803, in-8.° — *Notices sur l'état présent des sciences physiques et naturelles, et sur quelques découvertes récemment faites dans les États-Unis d'Amérique;* Paris, 1806, 1808, 1809, in-8.° — *Coup d'œil sur les différens modes de traiter le tétanos en Amérique;* Paris, 1811, in-8.° — *Recherches historiques et pratiques sur le croup;* Paris, 1812, in-8.° — *Mémoire*

et observations sur les fluxions de poitrine; Nancy, 1815, in-8.° — *Mémoire et observations concernant les bons effets du cautère actuel appliqué sur la tête ou sur la nuque dans les maladies des yeux, des enveloppes du crâne, du cerveau et du système nerveux*; Nancy, 1815, in-8.° — *Voyage médical en Italie, fait en 1820, précédé d'une excursion au volcan du Mont-Vésuve*; Nancy, 1822, in-8. — *Notice historique sur le docteur Jenner, auteur de la découverte de la vaccine, suivie de notes explicatives*; Nancy, 1824, in-8.° — L. Valentin a inséré en outre plusieurs articles dans divers Journaux, entr'autres une *Lettre à M. Millin, sur les monumens antiques transportés d'Egypte à Londres*, dans le Magasin Encyclopédique, tom. III; une *Notice sur l'opossum*, dans les Mémoires de l'Acad. des Sciences de Marseille, tom. IX; deux *Fragmens d'un voyage médical en Angleterre*, dans le Journ. génér. de Méd., tom. XXII et XXIV; des *Réflexions sur le Rapport de la Faculté de Médecine de Paris, concernant la fièvre jaune*, dans le Journal univ. des Sciences méd., tom. XI; et une note *sur la fièvre jaune qui a régné en 1817 à la Nouvelle-Orléans, et, en 1818, à la Martinique*, dans le même Journal, tom. XIV.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, fièvre putride, adynamique, ataxique, typhoïde, etc., etc., comparée avec les maladies aiguës les plus ordinaires; par P. Ch. A. Louis, *docteur en médecine des Facultés de Paris et de Saint-Pétersbourg, membre de l'Acad. roy. de méd., etc., etc. Paris, chez Baillière*; 1829. *In*-8.° 2 *vol.*

Il n'y a point, en médecine, de sujet qui ait plus occupé les esprits que l'étude des fièvres, il n'en est pas qui ait été plus long-temps environné d'obscurité. Parmi les ouvrages qui auront le plus contribué à éclairer cette matière, on placera au premier rang celui que nous annonçons. Nous ne saurions mieux fournir à nos lecteurs les moyens d'en juger par eux-mêmes qu'en mettant sous leurs yeux les principaux résultats auxquels est parvenu M. Louis. Que ces résultats soient entièrement neufs, ou qu'ils soient seulement confirmatifs d'opinons déjà connues, ils ont, dans l'un et l'autre cas, la même importance; car, ici ce ne sont point de simples inductions plus ou

moins probables, mais des conséquences positives et *irréfutables par rapport aux faits assez nombreux qui leur servent de base.*

L'ouvrage est divisé en quatre parties; la première est remplie par l'exposition de 18 faits, dans lesquels les symptômes et les lésions qui caractérisent la maladie, étaient également bien prononcés, et la relation, entre les uns et les autres, évidente. Cette relation entre les caractères extérieurs et anatomiques, n'est nulle part mieux prononcée que chez les malades morts du 16.e au 30.e jour. Le volume s'ouvre par sept observations de cette classe, qui peuvent servir en quelque sorte de type pour apprécier toutes les autres. En jettant un coup-d'œil sur ces observations, on voit qu'à un même ordre de symptômes (ceux des fièvres continues graves, typhoïdes ou ataxiques) répondait constamment une même lésion : que si, dans la très-grande majorité des cas, les premiers accidens se manifestèrent du côté du ventre, la lésion la plus grave, la plus profonde, sans doute la plus ancienne, et dans quelques cas, presque la seule, était *toujours* dans l'intestin grêle, dont les plaques elliptiques étaient plus ou moins profondément altérées dans la partie de l'iléum voisine du cœcum, que dans les cas où cette altération s'étendait à toutes ou à presque toutes les plaques de l'intestin, elle était encore plus profonde et plus marquée dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale que partout ailleurs; en sorte qu'on est conduit à admettre qu'elle commençait dans ce point, pour s'étendre ensuite du côté du duodénum. Entre les symptômes et les lésions qu'on vient d'indiquer, le rapport ne semble guères moins évident que dans la pneumonie, et s'il en était toujours de même, la question relative au siége de la maladie serait résolue. Mais ce rapport n'est pas toujours aussi marqué, et c'est une des principales causes des dissentimens qui existent encore entre les médecins sur la manière d'envisager les fièvres. Une autre cause de ce dissentiment, non moins réelle, est la suivante. Comme les victimes de l'affection typhoïde succombent ordinairement à une époque plus ou moins éloignée de son début, on a pensé que l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle pouvait n'en être qu'une des *suites* plus ou moins tardives; ainsi qu'il faut l'admettre pour d'autres lésions évidemment secondaires. Cette opinion a pu se présenter à ceux dont l'attention s'est spécialement arrêtée sur des cas dans lesquels on n'observe ni douleurs de ventre ni diarrhée au début de l'affection, pendant un espace de temps plus ou moins considérable. L'examen le plus sûr auquel on puisse la soumettre, c'est de la placer en présence de faits relatifs à des sujets dont la maladie a été funeste en peu de jours. Car si dans cette nouvelle série de faits, la lésion des plaques elliptiques de l'intestin grêle est la seule constante; si elle est encore

la même que dans ceux qui précèdent, quels que soient les symptômes du début, il faudra reconnaître qu'elle est intimement liée à la nature de l'affection, et débute avec elle. Or, c'est qui se voit clairement dans cinq observations relatives à des sujets morts du huitième au douzième jour de l'affection. Dans tous les cas, on trouve pour lésion principale, et quelquefois pour lésion unique, en quelque sorte, une altération plus ou moins grave des plaques elliptiques de l'iléum, ulcérées ou non ulcérées, toujours plus ou moins rouges, ramollies et épaissies, surtout dans le voisinage du cœcum. Toutes les fois qu'il y a des complications, et qu'on peut, à l'aide des symptômes, reconnaître le début des différentes lésions, celle des plaques de l'iléum a évidemment la priorité. Et comme dans presque tous les cas où les sujets sont morts du huitième au douzième jour, les premiers accidens se rattachaient à une lésion du canal intestinal, il faut en conclure que le début de l'altération des plaques elliptiques de l'iléum était le même que celui de la maladie; qu'on ne saurait considérer cette lésion comme un des effets de celle-ci; qu'elle en forme le caractère anatomique. Mais si cette conclusion est rigoureuse pour les sujets qui ont succombé du huitième au douzième jour de l'affection, elle l'est également pour ceux qui ayant été emportés du quinzième au trentième jour, se trouvaient dans les mêmes circonstances; chez lesquels les premiers symptômes annonçaient une altération du tube digestif: et on ne conçoit pas comment il en serait autrement des sujets qui n'ayant eu ni douleurs de ventre ni diarrhée au début, ont, d'ailleurs, éprouvé ces mêmes symptômes un peu plus tard, et tous ceux qui caractérisent l'affection qui nous occupe, et chez lesquels l'altération des plaques elliptiques de l'intestin était la même que dans les autres cas.

L'histoire de cinq malades morts après le trentième jour de la maladie, suit l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle, dans les transformations successives qu'elles subissent. Tandis que, chez des sujets enlevés à une époque moins avancée de la maladie, ces plaques étaient d'un rouge vif et très-ramollies; au trente-septième jour on les a trouvées d'une couleur mélangée de rouge et de gris, d'une mollesse un peu moindre, comme si, au moment de la mort, la maladie eut déja rétrogradé. Et ce qui indique que cette dégradation ou ce changement de couleur en particulier ne tient pas à une circonstance fortuite, c'est que la couleur des glandes mesentériques n'est pas non plus la même que celle observée chez les sujets dont l'affection a été plus promptement mortelle. A un degré plus avancé les plaques sont d'un gris-bleu, sans mélange de rouge. Le pourtour de quelques ulcérations de l'iléum est affaissé, ce qui indique un commencement de cicatrisation. Les glandes mesentéri-

ques, encore volumineuses et ramollies, ont une couleur noirâtre, analogue à celle des plaques elliptiques, indice d'une rétrogradation analogue de la lésion qu'elles avaient éprouvée. Plus tard, outre la couleur bleuâtre des plaques et l'affaissement des bords de quelques ulcérations, on trouve, sur plusieurs des petits ulcères les plus rapprochés du cœcum, une pellicule mince, luisante, comme séreuse, formant une véritable cicatrice. Le même travail réparateur s'étend, en remontant vers le duodénum, et efface les desordres produits par la maladie, dans les cas où les malades sont assez heureux pour y échapper.

Après avoir étudié directement, et en elle-même, l'altération des plaques elliptiques de l'intestin, et saisi le rapport nécessaire qui lie son existence à celle de l'affection typhoïde, il faut la voir au milieu des lésions diverses qui, dans la plupart des cas, se développent avec elle, ou marchent à sa suite. Cet examen, en la montrant d'une manière de plus en plus évidente, comme la condition organique essentielle et caractéristique de la fièvre putride, assignera à chacune des autres le rang qu'elle doit occuper dans l'échelle commune de leur importance; c'est là l'objet de la seconde partie de l'ouvrage. Elle comprend la description de tous les viscères, d'abord chez les sujets qui ont succombé à l'affection typhoïde, puis chez ceux qui ont été emportés par d'autres maladies aiguës; et à la suite de chaque description, l'auteur recherche les causes, le caractère de la lésion décrite et l'époque de son développement. Ce tableau comparatif porte sur l'histoire de quarante-six sujets morts d'affection typhoïde et de soixante-dix qui ont succombé à d'autres maladies aiguës. La multitude des résultats importans auxquels M. Louis est parvenu, ne nous permettra d'indiquer que les principaux, et d'une manière très-sommaire.

Du *pharynx* : 1.° chez les sujets morts d'affection typhoïde : on ne l'a trouvé plus ou moins altéré que huit fois sur quarante-six sujets. La lésion la plus ordinaire (six fois sur huit) était l'ulcération, tantôt simple, tantôt compliquée avec une infiltration purulente dans les tissu cellulaire sous-muqueux, ou une fausse membrane qui s'étendait du pharynx aux voies aériennes. Dans les deux autres cas, on n'observait que les dernières lésions, séparées ou réunies. Les ulcérations du pharynx n'eurent pas indifféremment lieu chez tous les sujets; M. Louis n'en a vu chez aucun de ceux qui succombèrent avant le quinzième jour, et il n'en a recueilli qu'un exemple parmi les individus qui furent emportés après le trentième. Elles appartiennent donc aux cas ou l'affection n'a offert une marche ni trop lente, ni trop rapide. Par conséquent, elles ne peuvent être considérées comme *essentielles* à la maladie; comme formant un de

ses caractères anatomiques *fondamentaux*. Mais, sur 70 sujets morts d'autres affections aiguës, on n'a trouvé aucun exemple d'ulcération du pharynx; cette espèce de lésion a donc une importance particulière dans l'histoire de la fièvre typhoïde, on doit la regarder comme un caractère anatomique *secondaire* de cette affection.

Aux altérations de *l'œsophage*, s'applique, à peu de chose près, l'exposition qui précède, de l'état du pharynx.

Estomac. Son volume était ordinairement le même que dans l'état normal. La muqueuse gastrique était, le plus souvent (33 fois sur 46), plus ou moins profondément altérée; tantôt ramollie et amincie, et même détruite; tantôt ulcérée; tantôt plus ou moins ramollie, altérée ou non dans sa couleur, et sans amincissement; tantôt mamelonnée. Quelquefois simples, ces lésions étaient, le plus ordinairement, combinées. Voici la proportion de ces différens cas : nous en rapprocherons immédiatement les résultats fournis par l'ouverture des sujets morts d'autres maladies aiguës.

Le ramollissement avec amincissement eut lieu chez 9 des 46 sujets dont il s'agit, dans une proportion à-peu-près égale chez ceux qui avaient succombé entre le 8.e et le 25.e jour, mais en proportion beaucoup moindre pour ceux qui moururent plus tard. Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës, la membrane muqueuse gastrique a été trouvée ramollie et amincie 12 fois sur 72.

Les ulcérations n'ont été vues que quatre fois (sur 46), et chez des sujets morts aux 14.e, 24.e et 36.e jours de l'affection typhoïde. Elles n'étaient, chez aucun sujet, la lésion unique de la membrane muqueuse de l'estomac. Celle-ci était ramollie et diminuée dans deux cas, simplement ramollie dans deux autres. Des ulcérations existaient chez trois individus (sur 72) morts d'autres maladies.

Le ramollissement simple existait chez quatorze sujets. Il était universel chez quatre, borné au grand cul-de-sac qu'il comprenait en totalité ou en partie chez les autres, dont neuf l'offraient à un degré peu considérable. Une couleur rouge plus ou moins vive, continue ou disposée en losanges s'y joignait dans la moitié des cas. Chez des sujets morts d'autres maladies, le ramollissement simple eut lieu dix-huit fois (sur 72), huit fois dans la plus grande partie de l'étendue de l'estomac, dix fois dans son grand cul-de-sac seulement; considérable dans onze cas, il était médiocre dans les autres.

L'état mamelonné existait chez treize individus (sur 46) morts d'affection typhoïde, et chez vingt-huit (sur 72) enlevés par d'autres maladies aiguës.

Enfin, la muqueuse gastrique avait, chez treize sujets de la première classe, la consistance, l'épaisseur et le velouté qui lui sont naturels, était, en conséquence, parfaitement saine; elle offrait les

mêmes conditions chez quinze individus de la seconde classe. En résumé, non-seulement les altérations de la membrane muqueuse de l'estomac étaient les mêmes chez les sujets emportés par l'affection qui fait l'objet spécial de ces recherches, et chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës; mais la proportion des cas dans lesquels ces lésions existaient n'offrait que des différences assez légères.

Puisque la membrane muqueuse de l'estomac n'est pas altérée dans tous les cas, qu'on la trouve dans l'état normal chez des sujets qui succombent très-rapidement, et chez lesquels on ne saurait admettre que la lésion, si elle eût existé, ait pu disparaître complètement; que, dans les cas où l'une des lésions indiquées existe, elle ne se développe qu'à une époque plus ou moins éloignée du début : il s'ensuit rigoureusement qu'une fièvre typhoïde, putride ou ataxique n'est pas plus une gastro-entérite qu'une péripneumonie n'est une gastro-péripneumonie au début, bien qu'on trouve la membrane muqueuse de l'estomac plus ou moins profondément altérée chez un grand nombre de sujets qui succombent à une inflammation du parenchyme pulmonaire. Ensorte que tout ce qu'on peut conclure des faits exposés, et cette conclusion est d'une extrême importance, c'est que, dans tous les cas où une affection aiguë, quelle qu'elle puisse être, donne lieu à un mouvement fébrile de quelque durée, la membrane muqueuse de l'estomac devient, à une époque variable de la maladie, le siége d'une lésion plus ou moins grave, suivant la prédisposition du sujet : lésion qui accélère plus ou moins la mort, et en est, dans certains cas, la véritable cause. La même loi s'étend aux lésions secondaires, dont la membrane muqueuse de l'intestin grêle est aussi fréquemment le siége.

Duodénum. C'était la partie du tube digestif la moins fréquemment et la moins profondément altérée. Elle l'était à-peu-près aussi fréquemment dans toute autre maladie aiguë que dans l'affection typhoïde, mais ce n'est qu'à la suite de celle-ci qu'on y a trouvé des ulcérations.

Intestin grèle. Hors l'altération des plaques elliptiques, toutes les lésions de la membrane muqueuse de l'intestin grèle, observées dans les cas d'affection typhoïde, existaient chez des individus qui avaient succombé à des maladies aiguës très-différentes. La proportion dans laquelle on les observait présentait même fort peu de différence, à l'exception des cryptes solitaires, dont l'altération était plus fréquente chez les premiers que chez les seconds. Les plaques elliptiques de l'intestin grèle n'ayant offert d'altération que chez les sujets morts de l'affection qui fait l'objet de ces recherches; cette altération ayant été constante, ordinairement très-grave, toujours développée suivant la même loi; que la mort soit arrivée après huit jours

de maladie, ou après un temps beaucoup plus considérable ; et dans quelques cas, pour ainsi dire la seule lésion : il faut non-seulement la considérer comme propre aux affections typhoïdes, mais comme en formant le caractère anatomique essentiel.

Gros intestin. A part des *plaques dures*, semblables à celles de l'intestin grêle, mais beaucoup moins étendues, trouvées sur quatre sujets morts d'affection typhoïde, les altérations du gros intestin, telles que la rougeur générale ou partielle, la couleur grisâtre, le ramollissement, étaient les mêmes chez les sujets qui avaient succombé à cette affection et chez ceux qui avaient péri de quelque autre maladie; la différence de proportion n'était considérable que relativement au météorisme et aux ulcérations, qui étaient bien moins fréquens chez ces derniers.

Glandes lymphatiques mésentériques.—Elles étaient plus ou moins profondément altérées dans leur volume, leur couleur et leur consistance, chez tous les sujets, dans les parties correspondantes aux plaques elliptiques ulcérées ou seulement rouges et ramollies. Leurs lésions étaient d'autant plus graves qu'elles se trouvaient plus rapprochées du cœcum, et elles offraient, suivant l'époque à laquelle les sujets succombaient, des différences qui ont été déjà indiquées, mais sur lesquelles il est nécessaire de revenir. 1.° Chez les sujets morts du 8.e au 15.e jour de la maladie, leur volume était considérablement augmenté, égalait, surpassait même, dans le voisinage du cœcum, celui d'une grosse aveline. Elles étaient d'un rose tendre, parfois striées de rouge foncé à l'intérieur, et très-ramollies. 2.° Du 15.e au 20.e jour de la maladie, aux caractères précédens, ces glandes joignaient dans quelques cas, surtout près du cœcum, un plus ou moins grand nombre de points jaunes, qui étaient, à n'en pas douter, de petits abcès, quoiqu'ils n'offrissent aucune apparence de liquidité. 3.° Du 20.e au 30.e jour, les glandes mésentériques étaient en général d'un rouge violet plus ou moins foncé, ou grisâtres et bleuâtres, près du cœcum, tandis qu'ils offraient la couleur rose déjà indiquée, aux endroits qui correspondaient aux plaques elliptiques peu altérées. 4.° Enfin, chez les individus morts au-delà du 30.e jour, leur couleur était presque toujours violette, grisâtre et bleuâtre; leur volume, et surtout leur ramollissement, beaucoup moindres que chez les individus morts dans la période précédente, indices infiniment probables, sinon absolument certains, de la marche rétrograde de l'affection. Les glandes mésentériques, dont il vient d'être question, n'étaient pas les seules altérées ; celles qui répondaient aux plaques elliptiques *saines* l'étaient aussi : chez 10 de nos 46 sujets, et parmi ces cas, il en est quatre chez lesquels la membrane muqueuse correspondante n'offrait pas la moindre appa-

rence de quelque lésion que ce soit. L'état des glandes lymphatiques qui entourent l'estomac ou qui se trouvent dans le mésocolon, et qui étaient fréquemment enflammées (surtout ces dernières) peut encore donner lieu à une remarque importante : c'est qu'elles peuvent rester saines quand la membrane muqueuse correspondante a subi une profonde altération, et qu'elles peuvent devenir plus ou moins rouges et volumineuses, cette membrane conservant toute son intégrité. La comparaison de ces résultats avec ceux fournis par l'autopsie de sujets morts d'autres maladies aiguës, autorise à regarder comme un caractère propre à l'affection typhoïde, l'augmentation de volume et le ramollissement des glandes mésentériques, et à reconnaître que cette affection établit une prédisposition marquée à l'altération des glandes lymphatiques des autres régions, notamment de celles du cou.

La rate n'a été trouvée que quatre fois dans l'état naturel : deux fois chez des sujets morts du vingtième au trentième jour, deux fois chez ceux qui avaient succombé après cette époque. Ses altérations consistaient dans des changemens de volume, de consistance et de couleur. Elle était deux, trois, quatre et cinq fois plus volumineuse que dans l'état normal, chez trente-six des quarante-six sujets étudiés. Dans les dix autres, son volume était ou naturel ou moins que doublé. La proportion des cas dans lesquels le volume de la rate était considérablement augmenté, était beaucoup plus grande chez les individus qui avaient succombé avant le trentième jour que chez ceux qui étaient morts après cette époque ; ces derniers étaient aussi ceux chez lesquels le volume de la rate était le plus souvent naturel, ou à très-peu près. Le ramollissement avait lieu à divers degrés chez trente-quatre sujets ; un peu moins souvent dès-lors que l'augmentation du volume, et dans toute l'étendue de l'organe. Il était soumis, quant à son intensité, et par rapport aux époques de la maladie, à la même loi que la lésion précédente ; c'était donc chez les sujets emportés le plus rapidement qu'on trouvait le plus souvent réunis l'excès de volume et l'excès de romollissement de la rate. Ne peut-on pas conclure de ce qui précède que l'altération de ce viscère commence à une époque très-rapprochée du début, et que *très-probablement* elle a lieu chez tous les sujets ? Ceux chez lesquels on n'en a point observé de traces, étant du nombre des individus chez lesquels d'autres lésions avaient rétrogradé, et celle de la rate ayant pu, ayant dû même, dans plusieurs cas, suivre la même marche. La couleur de la rate plus foncée que dans l'état normal, n'était guères moins fréquemment altérée que sa consistance et son volume ; mais il n'y avait point de rapport entre ses diverses nuances et ses autres attributs, la même couleur s'unissant, à-peu-près dans des

proportions égales, à tous les degrés de consistance et de volume. M. Louis comparant les observations précédentes à celles fournies par l'autopsie des victimes d'autres maladies, trouve dans leurs rapports, matière à des considérations dont nous ne pouvons indiquer que le résultats, c'est que l'altération de la rate a quelque chose de spécial et de caractéristique chez les sujets atteints d'affection typhoïde.

Le foie était plus souvent affecté et surtout plus souvent ramolli chez les sujets morts d'affection typhoïde que chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladiés aiguës. Les altérations de la bile et de la vésioule biliaire étaient aussi beaucoup plus fréquentes.

Le cœur était plus ou moins ramolli et aminci chez la moitié des sujets atteints d'affection typhoïde ct dans une moindre proportion chez ceux qu'avait enlevés une autre maladie. Dans les uns et les autres le ramollissement était d'autant plus considérable que l'affection avait marché plus rapidement.

L'aorte était dans l'état naturel sur vingt-trois des quarante-deux sujets chez lesquels on l'avait examinée. Chez les autres elle était d'un rouge plus ou moins vif, soit par taches, soit d'une manière continue, et dans ce cas sa rougeur était presque toujours intense et finissait rarement au-dessus de sa bifurcation. Cette rougeur pénétrait plus ou moins profondément sa tunique moyenne, n'était bornée dans aucun cas à sa membrane interne. Cette lésion était presque toujours liée, sous le rapport de l'intensité, avec le ramollissement du cœur. Les résultats fournis par d'autres maladies ne différaient des précédens que par la fréquence un peu moindre de ces lésions.

L'épiglotte était rouge, épaissie à son pourtour, et revêtue par une fausse membrane chez deux sujets; elle offrait, avec le même épaississement, une destruction partielle peu étendue chez la sixième partie des individus morts d'affection typhoïdo; la fréquence relative des mêmes lésions observées à la suite d'autres maladies, ne dépassait pas la proportion de 1 à 14, en sorte qu'on doit les regarder comme un des caractères anatomiques *secondaires* de la maladie.

L'état des *poumons* que l'on désigne par le mot splénisation ou carnification, existait dans dix-neuf cas, compliqué avec un peu d'engouement ou d'hépatisation dans sept d'entr'eux il n'occupait ordinairement que le lobe inférieur de l'un des poumons, était borné à la partie postérieure et la plus déclive, et se présentait avec une fréquence à-peu-près inverse de la durée de la maladie. La partie splénisée était d'un rouge foncé, bleuâtre, lourde et gagnant le fond de l'eau; donnant sous l'incision un liquide rouge, épais, sans la moindre bulle d'air, mais conservant sa cohésion, ou ayant plus de ténacité que dans l'état naturel; caractères qui distinguent parfai-

tement cette lésion de l'inflammation aiguë ou hépatisation. Cette dernière espèce de lésion eut lieu chez dix-sept sujets ; elle était presque toujours bornée à une petite partie des poumons. Les mêmes altérations se rencontrent dans les sujets morts d'autres maladies, mais la splénisation y est moins fréquente, et ordinairement moins considérable.

Ni les bronches ni les plèvres n'étaient fréquemment altérées ; elles n'offraient surtout rien de particulier.

L'arachnoïde était tapissée, dans une médiocre étendue, à la partie supérieure du cerveau, par une fausse membrane très molle, chez deux sujets. Le tissu cellulaire sous arachnoïdien était infiltré chez vingt-huit, ordinairement à un faible degré : la pie-mère était injectée dans un peu moins de la moitié des cas, et à un degré remarquable chez onze sujets. La substance corticale du cerveau était plus ou moins rose ou rouge chez dix-sept ; sa substance médullaire injectée dans la plupart des cas. L'une et l'autre étaient un peu ramollies chez sept sujets ; l'une d'elles chez deux. Le cervelet présentait les mêmes lésions que le cerveau, mais moins souvent. Tous ces résultats ressemblent à ceux fournis par d'autres maladies, si ce n'est peut-être que dans l'affection typhoïde le cerveau était plus humide et plus visqueux.

Enfin la peau offrait des traces profondes d'érysipèle phlegmoneux chez quatre sujets ; était épaissie ou amincie, ou partiellement ulcérée, ou complètement détruite, là où des vésicatoires avaient été appliqués. Sa destruction était encore complète sur le sacrum, chez un assez grand nombre d'individus.

Voilà les résultats fournis par l'examen anatomique de tous les organes, chez les sujets atteints d'une maladie que l'on disait naguères, et que quelques médecins croient encore aujourd'hui, essentielle ou sans lésion d'organe.

Sans doute, les principales altérations décrites par M. Louis l'avaient été déjà, et avec non moins de soin, par d'habiles observateurs. On avait attaché à l'affection des follicules agminés la même importance que ses observations l'autorisent à lui donner, et il eut été difficile d'ajouter beaucoup à l'histoire qu'en ont tracée MM. Bretonneau ou ses élèves, Billard, Scoutetten et autres (1) ; on avait encore vu que cette affection des plaques elliptiques de l'iléum n'est

(1) Nous pourrions indiquer, si c'était ici le lieu de le faire, plusieurs ouvrages du dernier siècle où l'altération des glandes de Peyer est non-seulement bien décrite, mais figurée et considérée comme condition organique de la maladie typhoïde.

pas toujours la seule existante, peut-être pourrait-on trouver ailleurs indiqués, d'une manière vague et partielle, la plupart des autres désordres organiques concomittans; mais personne assurément n'avait décrit toutes ces choses dans leur ensemble, dans leurs rapports mutuels, dans les conditions de leur fréquence ou de leur intensité plus ou moins grande, etc. Or, on ne saurait trop insister sur ces lésions secondaires, qui doivent avoir si souvent la plus grande influence sur l'issue de la maladie. Malgré les travaux que nous avons indiqués, il règne encore une dissidence complète entre les opinions relatives au siége et à la nature de l'affection typhoïde; les recherches anatomico-pathologiques de M. Louis étaient donc nécessaires; et il n'en existe pas, nous ne craignons pas de l'affirmer de nouveau, qui puissent leur disputer l'honneur de remplir au même degré toutes les conditions les plus propres à faire cesser cette dissidence. Toutefois les observations anatomico-pathologiques de M. Louis ne portent que sur environ cinquante sujets morts d'affection typhoïde, comparés à un plus grand nombre morts d'autres maladies aiguës, et les résultats qu'il a obtenus ne sont certains, irréfutables, qu'à l'égard de ces observations; on ne saurait donc rien désirer de plus utile que de voir des médecins placés dans la même position que notre auteur, et animés du même zèle, entreprendre des recherches analogues, les poursuivre avec la même patience, les recueillir avec une attention aussi scrupuleuse, aussi minutieuse, les rapprocher sans se mettre plus en peine d'en voir sortir des conséquences favorables ou contraires aux opinions reçues, et les exposer avec autant de bonne-foi.

L'étendue des matières ne nous a permis d'analyser que la première moitié de l'ouvrage. Dans la troisième partie, l'auteur fait pour les symptômes ce qu'il avait fait pour les lésions organiques. Il suit toujours la même méthode comparative et procède avec la même circonspection. Tout ce que nous dirons de la quatrième partie de l'ouvrage, qui est consacrée à l'étude du traitement, c'est qu'elle est sans doute loin de présenter tous les résultats pratiques qui doivent tôt ou tard sortir des connaissances acquises dans les précédentes. Nous nous proposons de revenir sur cet ouvrage important.

Traité élémentaire de l'art des accouchemens, ou Principes de tokologie ou d'embryologie; par A. L. M. Velpeau, *D. M., agrégé à la Faculté de Médecine. Chez Baillière. Paris*, 1829. *In*-8.° 2 *vol. de* X-962 *pp.*

Le livre de M. V. comprend deux objets, en quelque sorte très-distincts : l'art des accouchemens proprement dit et l'embryologie. Cette dernière partie toutefois n'occupe guère qu'un quart du premier volume, et l'auteur y a fait entrer, d'ailleurs, la substance

d'un travail beaucoup plus étendu, qu'il prépare depuis long-temps sur l'histoire de l'œuf humain et où il croit avoir résolu la plupart des questions restées jusqu'à présent indécises relativement à la caduque, au chorion, à l'amnios, à la vésicule ombilicale, à l'allantoïde, au placenta, au cordon ombilical, au premier linéament de l'embryon, etc., les nombreuses dissections qu'il a pu faire l'ont mis à même de constater ce que les auteurs ont dit de vrai ou de faux sur ce point d'histoire naturelle, et de faire une foule de remarques véritablement nouvelles.

Pour le reste de l'ouvrage, M. V. ne s'éloigne que sous quelques rapports de la marche suivie par Baudeloeque et les autres accoucheurs-médecins, et passe successivement en revue le bassin, bien et mal conformé, le pelvimètre, les organes sexuels, leurs anomalies et leurs fonctions qu'il divise en cinq actes, la génération ou formation du germe, la fécondation ou vivification du germe, la conception ou rétention du germe fécondé, la gestation et l'accouchement. Ensuite, il arrive à l'examen des différentes espèces de grossesses et de leurs signes, de la question de savoir s'il est possible de créer les sexes à volonté et de les reconnaître avant l'accouchement; il range l'avortement, les naissances précoces et tardives, qu'il admet au surplus, parmi les expulsions anormales de l'œuf, et rappelle à ce sujet des raisons et des faits nombreux à l'appui de son opinion. Pour lui, il n'y a que deux classes d'accouchemens, l'accouchement heureux, spontané ou l'*eutocie*, et l'accouchement difficile ou la *dystocie*. L'eutocie comprend tous les cas qui n'ont pas absolument besoin des secours de l'art, et la dystocie tous ceux au contraire que l'organisme ne peut pas terminer seul. Dans la première rentrent les accouchemens par le sommet de la tête, la face, et le pelvis, c'est-à-dire, le siége, les genoux ou les pieds; à la seconde, appartiennent toutes les autres positions. Chacun sait que depuis Levret on s'est beaucoup disputé, surtout en France, sur la meilleure classification des positions de fœtus au moment du travail; pour le vertex, Baudeloeque en admet six; M. Maygrier quatre; M. Flamant, huit; Mme Lachapelle six, mais qui ne ressemblent plus à celles de Baudeloeque. Or, M. V. les réduit toutes à deux, une position occipito-antérieure et une position occipito-postérieure, pensant qu'après ces deux positions fondamentales, il sera toujours permis à chacun d'établir autant de nuances qu'il le jugera convenable. Pour les positions de la face, il prétend que la nature les ramène toutes à une seule, à la position mento-pubienne. M. V. classe les positions du pelvis comme celles de la tête. Mais c'est pour les positions du tronc qu'il s'écarte le plus des voies battues par ses prédécesseurs. A l'en croire, l'épaule seule, ou tout au plus le sternum ou la face

dorsale de la poitrine, sont susceptibles de s'arrêter au détroit supérieur, quand le fœtus ne descend pas par l'une ou l'autre extrémités de son grand diamètre. En parlant de la version, qu'il divise en deux espèces, version *céphalique*, et version *podalique*, M. V. signale avec force les dangers que court l'enfant quand on est forcé de l'entraîner par les pieds, et cherche à faire prévaloir l'emploi du forceps ou la version par la tête. En tête de tous les paragraphes relatifs aux différentes espèces de présentation, l'auteur a eu soin d'indiquer le nombre proportionel de chacune d'elles, d'après des relevés pris dans différens établissemens publics, et prouve par des données numériques multipliées, dans son chapitre de l'Eutocie, que pour les bons praticiens, l'accouchement franchement difficile ne s'observe guère qu'une fois sur soixante ou quatre-vingts.

En outre, pour donner une utilité générale à son ouvrage, M. V. y a ajouté plusieurs tableaux : les uns présentent une exposition comparative des classifications de Baudelocque, de MM. Maygrier, Capuron, Gardien, Dubois, Désormeaux, Flamant, Dugès, de MM^mes^ Lachapelle et Boivin, et de celle que lui-même a cru devoir adopter. D'autres tableaux, formés d'après le relevé de vingt mille accouchemens environ, sont consacrés à indiquer dans quelle proportion se sont rencontrés la nécessité de telle ou telle manœuvre, les présentations anormales du fœtus, les grossesses doubles, triples, quadruples, le sexe mâle et le sexe féminin, les enfans morts-nés, les femmes qui ont succombé pendant leurs couches, etc.

Il serait difficile et d'ailleurs inutile d'analyser avec détail un ouvrage qui se compose de tant d'objets. On a pu voir par ce que nous avons dit, que, si le plan qui y est suivi diffère un peu de celui qui a été adopté par les meilleurs auteurs, et est plus simple, il s'en rapproche nécessairement à cause de la nature des objets qui ne sont guères susceptibles de beaucoup de combinaisons variées. On pourrait reprocher à M. V. de n'avoir pas suivi avec assez de rigueur le plan qu'il a choisi, d'y avoir laissé quelques lacunes importantes, de n'avoir pas mis assez de concision dans quelques chapitres, de s'être enfin peut-être trop complu dans un néologisme qui n'est pas toujours heureux. Mais ces défauts, que probablement M. V. réparera facilement, si l'occasion lui en est donnée, comme nous n'en doutons pas, sont amplement compensés par le mérite et les avantages nombreux que présente son livre. M. V. a tiré un heureux parti des travaux anciens et modernes, des étrangers et de ses compatriotes, sur l'art des accouchemens, surtout des ouvrages tous récens de Mme Lachapelle, et des articles excellens que M. Désormeaux a insérés dans le *Dictionnaire de médecine*. Quelle que soit l'autorité des noms, il ne s'en est pas laissé imposer sur la valeur

des opinions, anciennes ou nouvelles, qui en sont appuyées ; il les a discutés avec indépendance et sagesse. Il a apporté dans une telle discussion les résultats d'une pratique étendue, soit dans les cours cliniques, soit dans le service dont il a été chargé dans quelques hôpitaux où sont admises des femmes en couche. Enfin, il a simplifié dans beaucoup de cas les règles générales, et par conséquent l'étude et la pratique de l'art des accouchemens. C'est un mérite qu'apprécieront surtout les étudians et les jeunes praticiens, auxquels le livre de M. V. servira d'excellent guide.

Manuel de thérapeutique chirurgicale, ou Précis de médecine-opératoire, contenant le traitement des maladies chirurgicales, la description des procédés opératoires, des bandages et des appareils, et l'anatomie de quelques-unes des régions sur lesquelles se pratiquent les principales opérations; ouvrage servant de complément au Manuel de clinique chirurgicale; par A. Tavernier, *docteur en médecine, etc. Un vol. en deux parties in-18 de 814 pp. Paris,* 1828.

Cet ouvrage consiste, comme tous ceux du même genre, dans une compilation des principaux traités de chirurgie, et des écrits divers publiés sur cette matière. Le traitement des maladies est tellement lié à leur histoire, qu'on a lieu d'être étonné que l'auteur ait ainsi composé deux ouvrages distincts, lorsque le sujet exigeait, au contraire, d'être traité dans un seul. Qui ne sait, en effet, que les indications thérapeutiques varient suivant les circonstances de la maladie, et conséquemment que ces dernières doivent toujours être exposées en même temps qu'on fait connaître les modifications qu'elles nécessitent dans le traitement. On voit ici trop clairement une spéculation de libraire, mais que l'auteur ne devait pas seconder. Si l'ouvrage est spécialement destiné aux jeunes officiers de santé des armées, aux élèves, aux praticiens des campagnes, il devenait plus particulièrement utile, non-seulement de tracer avec soin, comme d'ailleurs l'auteur l'a fait, toutes les règles qui doivent diriger dans les opérations, mais surtout de décrire avec exactitude la disposition anatomique des parties sur lesquelles l'instrument peut être dirigé. L'auteur a précisément omis ces détails pour les opérations les plus fréquentes, tandis qu'il a donné des descriptions anatomiques étendues à l'occasion des grandes opérations que les jeunes officiers de santé ne sont guères exposés à pratiquer : aujourd'hui l'anatomie topographique est liée à la médecine opératoire, de telle sorte que ces deux parties devraient toujours se trouver réunies dans un *Manuel de thérapeutique chirurgicale*. A part cette lacune, le livre de M. Taver-

nier présente, dans un cadre peu étendu, le tableau complet des diverses méthodes curatives que réclament les maladies aussi nombreuses que variées qui sont du domaine de la pathologie externe.

Manuel d'anatomie descriptive du corps humain ; représentée en planches lithographiées ; par Jules Cloquet, *chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-Louis, etc.* (21.e, 22.e, 23.e, 24.e, 25.e, 26.e, 27.e, 28.e, 29.e, 30.e, 31.e, 32.e, 33.e *livraisons.*)

Les livraisons nombreuses que nous indiquons prouvent que, depuis la dernière annonce que nous avons faite de cet ouvrage important, l'auteur n'a pas cessé d'en poursuivre la publication avec exactitude. La série des planches qui composent cette nouvelle partie de la collection est relative à l'anatomie des organes des sens et de tout le système nerveux. Elle embrasse, comme on voit, l'une des sections de l'organisation la plus intéressante par ses détails de structure et les fonctions auxquelles elle préside. La texture de la peau et de ses dépendances, l'anatomie de la langue, des fosses nasales et de la membrane pituitaire, celle de l'œil et des nombreuses parties qui s'y rattachent, celle de l'organe de l'ouïe, sont d'abord l'objet de figures multipliées qui présentent une foule de particularités importantes dans la structure de ces différens appareils. Ces planches offrent d'autant plus d'intérêt qu'elles font connaître beaucoup de détails qu'il est, le plus souvent, très-difficile de découvrir à l'aide du scalpel, ensorte qu'elles fournissent à la fois le tableau exact de la texture intime de ces organes et un guide sûr pour diriger l'élève dans la dissection de parties aussi délicates. Les figures qui font suite à celles que nous venons d'indiquer représentent l'encéphale sous toutes ses faces, ainsi que les coupes diverses, à l'aide desquelles on étudie son organisation : ses membranes et ses vaisseaux sont également dessinés avec la plus grande exactitude. Il en est de même de la moelle épinière et de ses enveloppes. A l'exposition de l'axe cérébro-spinal succède celle de tous les nerfs du corps, dont les nombreux rapports et la disposition anatomique sont copiés fidèlement sur la nature. La simple énumération des parties contenues dans les treize dernières livraisons, suffit pour en indiquer l'importance, et pour faire sentir toute l'utilité du *Manuel d'anatomie descriptive* de M. J. Cloquet.

Cathétérisme rectiligne, ou nouvelle manière de pratiquer cette opération chez l'homme; méthode ayant, dans beaucoup de cas de rétention d'urine, sur toutes celles employées jusqu'ici, les avantages d'une exécution plus facile et d'un succès plus certain; avec un procédé opératoire propre à l'auteur pour guérir les rétrécissemens de l'urètre. Suivi d'un nouveau moyen de réunir et cicatriser les déchirures de la vulve et du périnée, produites par l'accouchement; par Et. Moulin, *D. M., etc. Un vol. in-8.° avec fig. Paris*, 1828.

Le titre assez long que nous venons de transcrire formant en quelque sorte la table des matières contenues dans cet ouvrage, il ne nous reste plus qu'à dire quelques mots sur les trois inventions nouvelles de l'auteur. La première, qu'il nomme *cathétérisme rectiligne*, n'offre rien de neuf que cette dernière dénomination; il s'agit tout simplement du cathétérisme avec les sondes droites, ainsi qu'on le pratique assez généralement depuis plusieurs années, et dont M. Moulin vient aujourd'hui revendiquer la découverte. Si, comme il le dit, il fit connaître ce nouveau procédé en 1820 dans la séance d'octobre de la Société philantropique, on a lieu d'être surpris qu'il ait attendu que huit années soient écoulées pour faire valoir ses droits à l'antériorité sur cette modification avantageuse du cathétérisme, et lorsque des auteurs recommandables ont résolu depuis la question de manière à faire juger peu favorablement les prétentions de M. Moulin. Notre auteur examine ensuite les diverses circonstances qui rendent le cathétérisme nécessaire; sa description des rétrécissemens de l'urètre eut été plus exacte, s'il avait eu connaissance des travaux récens publiés sur ce sujet, et notamment de ceux de M. Lallemand. Il dit avoir empêché la formation des rétrécissemens, dans beaucoup de cas, par le seul usage de frictions mercurielles sur le trajet du canal de l'urètre : ce fait mériterait démonstration, et il est fâcheux que l'auteur n'ait pas été pénétré de toute l'importance d'un semblable résultat, parce qu'il ne se serait pas borné à l'indiquer simplement. Du reste, il regarde la dilatation comme le moyen véritablement curatif des rétrécissemens, et rejette la cautérisation; pour se prononcer ainsi sur un mode de traitement qui compte chaque jour plus de partisans, M. Moulin aurait dû appuyer son opinion de quelques observations comparatives. L'auteur réclame ensuite la priorité pour l'emploi des *injections forcées* dans les rétrécissemens : nous souhaitons pour lui qu'il la prouve; il les pratique à l'aide d'un procédé de son invention. En résumé, cette première partie de l'ouvrage n'offre rien de neuf, et n'est traitée que fort incomplètement : un des points de la *nouvelle méthode*, et sur lequel notre auteur insiste sur-

tout, consiste dans la situation à donner au malade en le sondant. Ce dernier doit toujours être debout ou à genoux, au lieu d'être assis ou couché, modification importante pour l'intelligence de laquelle l'auteur a cru devoir faire graver six figures particulières. Passons à la troisième et dernière invention de M. Moulin. L'auteur annonce qu'il profite de la publication de son traité sur le cathétérisme rectiligne pour faire connaître le nouveau moyen qu'il a inventé dans le but de réunir et guérir les déchirures de la vulve et du périnée. Cette invention consiste dans l'application d'une pince qui ne diffère de celle dite *valet-à-patin* que par moins de longueur et plus de largeur dans la partie destinée à approcher les bords de la déchirure. Les avantages de ce nouveau moyen contentif sont tels, que cet instrument peut suppléer, suivant M. Moulin, à tous ceux qu'on emploie dans une foule de cas, même aux ligatures qu'on applique sur les artères, etc. D'après l'analyse succincte qui précède, on peut apprécier, au moins approximativement, les différentes inventions de l'auteur et l'importance de l'ouvrage, qui est dédié à M. le baron Dupuytren.

L'art de doser les médicamens tant anciens que modernes, selon les différens âges, ou Dictionnaire complet de posologie médicale en tableaux synoptiques; par MM. Bricheteau, A. Chevallier, P. S. Cottereau. *Paris, Béchet jeune.* 1829, *in*-18.

L'étude de la matière médicale n'est pas, il s'en faut bien, du nombre de celles auxquelles les élèves se livrent avec le plus d'ardeur; et, dans cette branche des connaissances médicales, il est un point que l'on peut dire extrêmement négligé. Ce point, c'est la posologie, ou connaissance des doses auxquelles chaque médicament doit être administré. Des notions de cette espèce n'ayant rien qui intéresse bien vivement l'esprit, ou qui puisse frapper l'attention, s'effacent d'autant plus facilement de la mémoire qu'elles y pénètrent avec d'autres notions plus rationnelles et moins dénuées d'intérêt. Rien ne peut donc être plus utile, puisque la connaissance de la posologie est indispensable, que de la présenter isolée, et sous une forme qui fixe exclusivement l'attention du lecteur. Cette remarque suffit pour faire sentir tout l'avantage qu'on peut retirer de *l'art de doser les médicamens.* Le livre est tel qu'on devait l'attendre d'hommes également instruits dans la pharmacologie, la pharmacie et la thérapeutique.

Nota. L'espace et le temps nous ont manqué pour rendre compte des ouvrages sur *l'Anatomie pathologique* de MM. Ribes et Lobstein, professeurs aux Facultés de Médecine de Montpellier et de Strasbourg, ainsi que des *Traités de physiologie* de MM. Adelon, Bourdon et Bégin. Nous remplirons cette tâche dans le prochain Numéro.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1829.

De l'action des sulfures d'arsenic, de plomb, de cuivre et de mercure sur l'économie animale; par M. Orfila.

Hoffmann, C. Renault et quelques autres expérimentateurs, ont établi que le sulfure d'arsenic pur n'était point vénéneux; et que les effets délétères que déterminaient certaines variétés du sulfure d'arsenic du commerce, dépendaient de l'acide arsénieux avec lequel ils étaient mêlés: d'une autre part, on a cru devoir admettre que les sulfures de plomb, de cuivre et de mercure étaient vénéneux. Or, il est aisé de prouver que ces deux assertions sont également erronées, car le sulfure d'arsenic, quelque pur et quelque bien lavé qu'il soit, jouit de propriétés délétères, tandis que les sulfures de plomb, de cuivre et de mercure n'exercent aucune action nuisible sur l'économie animale, ou du moins leur action est on ne peut plus faible. Les expériences relatives à ces trois derniers sulfures, décrites dans ma *Toxicologie générale*, ne m'ayant pas paru concluantes, soit parce qu'elles avaient été faites avec des sulfures *incomplètement* lavés, soit parce que les sulfures de plomb, de cuivre et de mercure dont il s'agit, avaient été administrés en

même temps que le sulfure de potassium qui jouit d'une énergie marquée, j'ai cru devoir procéder à de nouvelles recherches dont je vais consigner les principaux résultats.

Sulfure d'arsenic.—1.° Lorsqu'on applique sur le tissu cellulaire de la partie interne de la cuisse des chiens, 50 ou 60 grains de *sulfure d'arsenic jaune* préparé, en faisant arriver un excès d'acide hydrosulfurique dans de l'acide arsénieux, et en le lavant pendant plusieurs jours jusqu'à ce que la liqueur ne *jaunisse plus* par l'acide hydrosulfurique, les animaux éprouvent les accidens que déterminent les diverses préparations arsénicales, et meurent au bout de quarante, de quarante-huit ou de soixante heures. *A l'ouverture des cadavres*, on voit que le membre sur lequel a été appliqué le sulfure est très-rouge; l'inflammation s'étend même assez loin sur les parois abdominales; l'estomac offre une ou plusieurs taches violettes, ou plusieurs petits ulcères brunâtres, résultat de la destruction de la membrane muqueuse. Les intestins grêles, le rectum, le foie et les poumons sont dans l'état naturel. Le *cœur* est quelquefois le siége d'une altération très-remarquable; l'intérieur des ventricules présente des taches d'un rouge foncé; ces taches, assez étendues, occupent principalement les colonnes charnues, et pénètrent néanmoins au moins d'une ligne et demie dans le tissu du cœur. Les oreillettes, l'aorte et le tissu pulmonaire sont dans l'état naturel.

2.° On remarque des effets analogues lorsqu'on introduit 60 à 70 grains du même sulfure dans l'estomac, et qu'on lie l'œsophage pour empêcher le vomissement. *A l'ouverture des cadavres*, le canal digestif, le foie, les poumons et le cœur offrent les mêmes altérations que dans les expériences précédentes.

3.° *L'orpiment natif de la mine de Tojova*, en Hon-

grie, appliqué sur le tissu cellulaire de la cuisse de plusieurs chiens, à la dose d'un à deux gros, détermine l'empoisonnement, et les animaux périssent au bout de deux jours environ, comme l'avait déjà observé M. Smith. *A l'ouverture des cadavres*, on trouve l'estomac enflammé; sa membrane muqueuse recouverte d'un enduit filant, laisse suinter une multitude de gouttelettes sanguines; les intestins grêles offrent quelques rides rouges; les ventricules du cœur présentent dans leur intérieur une ou plusieurs meurtrissures qui s'étendent peu dans le tissu charnu. Les poumons sont un peu rouges.

4.° Introduit dans l'estomac des chiens à la dose d'un gros, le même *sulfure natif* a déterminé la mort au bout de cinquante heures, sans que les animaux aient éprouvé d'autres symptômes que de l'abattement et des déjections alvines. L'estomac contenait une assez grande quantité d'un fluide noirâtre, épais et filant; la membrane interne offrait çà et là des plaques rouges évidemment enflammées; les intestins grêles étaient sains; l'intérieur du rectum présentait une multitude de rides d'un rouge foncé; les poumons étaient affaissés, crépitans, et plus légers que l'eau; les paquets graisseux contenus dans le cœur étaient rouges; du reste cet organe n'offrait aucune altération sensible.

5.° Quarante grains de réalgar natif de la mine de Kapnicke en Transylvanie, appliqués sur le tissu cellulaire de la cuisse d'un chien, ont occasionné la mort au bout de six jours. Le canal digestif offrait des traces non équivoques d'inflammation (Smith.)

Ces expériences permettent de conclure que les sulfures d'arsenic *naturel* et *artificiel* sont vénéneux, lors même qu'ils sont *entièrement* privés d'acide arsénieux; à la vérité, leur action est beaucoup moins intense que celle de cet acide. L'eau hydrosulfurée pourrait donc

agir favorablement dans les premiers temps de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, puisqu'elle tendrait à transformer cet acide qui est un poison énergique, en *sulfure jaune* qui est beaucoup moins actif : du reste, l'action salutaire de l'eau hydrosulfurée ne serait prompte et efficace que sur l'acide arsénieux dissous dans l'eau ; les particules solides, dures, non encore dissoutes, résisteraient plus long-temps à l'action décomposante du réactif.

Sulfure de plomb. — 1.° Les jeunes chiens de petite stature auxquels on fait avaler *une once* de sulfure de plomb noir préparé avec l'acétate de plomb et l'acide hydrosulfurique, n'éprouvent aucune espèce d'accident ; ils n'ont jamais vomi le sulfure ; quelquefois ils ont eu une selle dans la journée ; il faut noter que ce sulfure avait été lavé à grande eau et à plusieurs reprises, jusqu'à ce que l'eau de lavage ne se colorât plus par l'acide hydrosulfurique.

Il est aisé de voir, d'après ces détails, que les chiens qui succombèrent après avoir pris de l'acétate de plomb et du foie de soufre, et dont il est parlé à la page 653 du tome I.er de ma *Toxicologie* (3.e édition), ne périrent point par le sulfure de plomb qui se produisit dans leur estomac, mais bien par le sulfure de potasse, qui est doué de propriétés irritantes très-énergiques : c'est du reste ce que j'avais déjà fait pressentir à la suite de ces expériences.

Ces résultats conduiraient naturellement à conseiller l'emploi de l'acide hydrosulfurique liquide dans la première période de l'empoisonnement par les sels de plomb, s'il n'était pas plus rationnel de faire usage d'une dissolution aqueuse très-étendue d'un sulfate quelconque, qui joint à l'avantage de former avec les sels de plomb un sulfate insoluble, *sans action nuisible* sur l'économie animale, celui de se trouver à la portée de tout le monde, aussitôt que l'on veut l'administrer.

Sulfure de cuivre. — 1.° On fait avaler à un chien âgé de trois mois, du poids de huit livres et à jeun, *six gros* de sulfure de cuivre en poudre parfaitement lavé et préparé, en décomposant le sulfate de cuivre par un excès d'acide hydrosulfurique : dix minutes après, l'animal a des nausées et ne tarde pas à vomir à trois reprises différentes; il vomit encore au bout d'une demi-heure, et l'on reconnaît dans la matière vomie, qui est glaireuse et comme muqueuse, une très-grande quantité du sulfure avalé; le lendemain l'animal se porte à merveille.

Ce sulfure étant préparé depuis plusieurs jours, et ayant été exposé à l'air, avait absorbé de l'oxygène, et une portion s'était transformée en sulfate; en effet, mis dans l'eau au moment de le faire prendre à l'animal, il communiquait à ce liquide la propriété de rougir par l'hydrocyanate ferruré de potasse : nul doute que ce ne soit à cette petite quantité de sulfate de cuivre qu'il faille attribuer les vomissemens éprouvés par l'animal.

2.° Une once du même sulfure noir de cuivre, récemment préparé et lavé jusqu'à ce que l'eau de lavage ne précipitât plus par l'acide hydro-sulfurique, a été introduite dans l'estomac d'un petit chien à jeun; l'œsophage a été lié immédiatement après pour s'opposer au vomissement. Le lendemain, l'animal n'avait fait aucun effort pour vomir; il était un peu abattu. Les jours suivans l'abattement était un peu plus marqué, sans qu'il y eut ni mouvemens convulsifs ni douleur. L'animal est mort dans le courant du cinquième jour, dans un état d'abattement en tout semblable à celui que présentent les chiens *non-empoisonnés*, et dont l'œsophage est resté lié pendant cinq, six ou sept jours. (Voyez, pour les effets de cette ligature, le tom. I.er de ma *Toxicologie générale*, p. 36, troisième édition.)

Ouverture du cadavre. — L'estomac est très-plissé et

revenu sur lui-même, au point de n'offrir qu'un petit volume; il ne présente aucune trace d'inflammation et renferme un liquide jaune d'ambre. Les intestins grèles contiennent une quantité notable de bile; on voit çà et là, vers leur tiers supérieur, quelques portions de matière grasse jaunâtre : du reste, point de traces d'inflammation. Les gros intestins sont distendus et renferment des crotins noircis par du sulfure de cuivre; leurs membranes ne sont pas enflammées. Les ventricules du cœur sont remplis de sang noir fluide. Les poumons sont rouges rosés. La vessie est vide. Aucun organe ne paraît être le siége d'une lésion appréciable.

Ainsi ce n'est pas comme l'a dit M. Drouard, « parce que le sulfure de cuivre conserve encore assez de propriétés vénéneuses pour produire les accidens les plus fâcheux, et même la mort, » que, dans les expériences qu'il a tentées avec les sels cuivreux et le foie de soufre, les animaux ont péri, mais bien parce que le foie de soufre avait été employé en assez grande quantité pour déterminer la mort. (Voyez *Expériences et Observations sur l'empoisonnement par l'oxyde de cuivre*, dissertation de M. Drouard soutenue en 1802 à l'École de Paris.)

Sulfure de mercure. — 1.° On a fait avaler à un jeune chien de moyenne taille, et à jeûn, une demi-once de sulfure noir de mercure pulvérisé et *parfaitement* lavé : ce sulfure avait été préparé avec le sublimé corrosif et un excès d'acide hydro-sulfurique. Sept heures après, l'animal, qui n'avait encore éprouvé aucun accident, a vomi à deux reprises. Le lendemain et les jours suivans il était à merveille.

2.° Cinq jours après, on a fait avaler au même chien une demi-once du même sulfure noir de mercure, et aussitôt après on a lié l'œsophage pour empêcher le vo-

missement. Sept jours après, l'animal est mort sans avoir présenté d'autre symptôme que l'abattement, qui est la suite la plus ordinaire de la ligature de l'œsophage. *A l'ouverture du cadavre* on n'a rien remarqué d'important dans le canal digestif : l'estomac était vide, plissé, resserré sur lui-même et sans la moindre trace d'inflammation. Les intestins grèles étaient vides et incolores, excepté vers le duodénum, où il y avait un peu de bile. Les gros intestins étaient sains et nullement distendus ; ils contenaient une matière d'un gris clair, semblable, pour la consistance, à de la purée. Les autres organes paraissaient dans l'état naturel.

3.° Une demi-once de cinnabre artificiel, pulvérisé et non lavé, ayant été avalée par un petit chien faible, l'animal n'a rien éprouvé de fâcheux pendant les dix jours qu'il a été observé.

4.° Une demi-once du même cinnabre, appliquée sur le tissu cellulaire de la partie interne de la cuisse d'un petit chien, n'a donné lieu à aucun accident, et au bout de dix jours, l'animal paraissait dans l'état naturel.

5.° Six gros de vermillon (cinnabre pulvérisé) ayant été lavés dans l'eau distillée, ont été administrés au petit chien qui fait le sujet de l'expérience précédente ; l'animal n'a pas vomi et n'a pas paru plus incommodé que par suite de l'application extérieure du sulfure non lavé.

Ces faits ne permettent pas de douter de l'innocuité des sulfures noir et rouge de mercure *bien lavés* ; à la vérité ils ne s'accordent guères avec ceux que j'ai publiés dans ma Toxicologie ni avec ceux de M. Smith (*Voy.* pages 304 et 330 du tome I.er, troisième édition) ; mais il est aisé de voir que plusieurs de mes anciennes expériences ayant été faites en donnant aux animaux, d'abord du sublimé corrosif, puis du foie de soufre ou du sulfure de chaux, la décomposition du sublimé par le sul-

fure ne s'est pas opérée complètement dans l'estomac, ou bien si le sulfure de potasse s'est trouvé en excès, c'est à lui que les accidens de l'empoisonnement ont dû être attribués. Les expériences dans lesquelles les animaux sont morts après avoir pris du sulfure noir de mercure, ne peuvent être expliquées qu'en admettant que le sulfure noir n'avait pas été bien lavé et contenait encore une quantité notable de sublimé corrosif; enfin, dans tous les cas où je disais que la mort avait été le résultat de l'ingestion du sublimé corrosif mêlé d'acide *hydro-sulfurique*, il est évident que cet acide n'avait pas été employé en assez grande quantité pour décomposer dans l'estomac tout le deuto-chlorure de mercure. Je ne chercherai pas à expliquer la différence entre les résultats obtenus par M. Smith et les miens; je pense que M. Smith a été induit en erreur.

Médecine-légale. — Affaire Hullin. — Cas d'étranglement interne de l'intestin qui a pu en imposer pour un empoisonnement; par M. Rostan, *médecin de l'hospice de la Salpétrière.*

Le fait que nous allons exposer nous paraît mériter l'attention des lecteurs sous plusieurs rapports. Comme cas pathologique, il est un des plus intéressans qu'on puisse observer; sous le rapport médico-légal, il fera voir : 1.° qu'il existe des phénomènes morbides qui peuvent en imposer pour un empoisonnement; 2.° il fera voir combien il importe que le médecin soit familier avec les ouvertures de corps, et qu'il apporte d'attention dans ces sortes de recherches.

La dame Saint-Eloy, dite Saint-Maurice, plus connue sous le nom de demoiselle Hullin (Virginie), âgée de

28 ans, dansense à l'Opéra, avait éprouvé durant sa courte existence un grand nombre de phlegmasies abdominales, qui avaient exigé un traitement antiphlogistique très-rigoureux et souvent répété. Il y a trois ans environ, elle éprouvait des vomissemens fréquens et pour la moindre cause. Les alimens les plus légers ne pouvaient pas être digérés ; la D.lle Hullin ne prenait qu'un *échaudé* pour tout aliment, dans sa journée. A cette époque, M. Dufour devint le médecin ordinaire de la malade, et au bout d'un certain temps d'un régime et d'un traitement convenables, la D.lle Hullin pouvait user de toute sorte d'alimens, et en prendre une quantité raisonnable.

Des chagrins cuisans, d'une nature ordinairement assez étrangère aux personnes de sa profession, paraissent avoir occasionné ces divers accidens.

Elle se maria en septembre 1828 au sieur Saint-Eloy dit Saint-Maurice; sa santé continua à être parfaite jusqu'au mardi 17 février.

Ce jour là des vomissemens réitérés de matières glaireuses, alimentaires et autres, se manifestent; elle éprouve une agitation extrême, une grande anxiété; le ventre est peu douloureux; la peau n'est point chaude, le pouls peu développé.

Dans la nuit du mardi au mercredi, les accidens augmentent; un médecin étranger est appelé; il ordonne 15 sangsues sur l'épigastre.

Le mercredi matin, agitation extrême, défaillances; besoin d'uriner et d'aller à la selle, *mais sans résultat*. Un lavement administré ne donne lieu qu'à l'évacuation d'une cuillerée de matières glaireuses. D'ailleurs le pouls n'est pas développé, la peau n'est point chaude, il n'y a pas de soif, *et peu ou point de douleur dans l'abdomen*. (D'après le rapport d'un autre médecin, les douleurs

étaient atroces, au point que la malade se déchirait le ventre avec ses ongles.) (*Eau de Seltz, potion de Rivière, cataplasmes émolliens, potions calmantes, délayantes*, etc.)

Le mercredi au soir, à dix ou onze heures, le docteur G. est appelé. Il existe dans ce moment un peu de rémission dans les accidens, et de la moiteur à la peau; ces médecins en augurent favorablement. (D'après le témoignage du second médecin, il n'y a pas eu un seul moment de rémission. Une sueur froide couvrait le corps. Les extrémités étaient froides; la face pâle et grippée.)

M. Dufour passe la nuit : les symptômes nerveux diminuent, les vomissemens sont presque nuls.

Jeudi matin, moins d'agitation encore, moiteur, calme. Toutefois M. G. manifeste des craintes pour une inflammation intestinale; cette idée est écartée par M. Dufour, qui est d'avis d'attendre de nouveaux phénomènes pour prononcer.

Bientôt il se manifeste une douleur violente dans la région iliaque droite. (*Cataplasme arrosé avec le laudanum liquide de Sydenham.*) Les accidens persistent jusqu'à midi, alors vomissement de matières jaunâtres fortement colorées, mais sans odeur. M. G. demande si la malade n'a rien pris qui puisse expliquer cette coloration? Ces vomissemens augmentent en fréquence, et les matières vomies sont plus abondantes; à deux heures *elles deviennent noirâtres*; examinées avec soin on reconnaît qu'elles sont formées de matières fécales. *On pense qu'il existe un ileus.* On va chercher M. Dubois qui ne peut venir. A cinq heures, un bain est ordonné. La malade y reste deux ou trois heures. Nul soulagement. Le pouls est petit, fréquent, misérable, le ventre

ballonné, les traits de la face altérés, etc. La malade expire à dix heures du soir.

Tels sont les détails que nous tenons de la bouche de M. Dufour, médecin ordinaire de la malade.

La mort rapide de cette dame et la violence des symptômes éprouvés par elle, firent bientôt répandre des bruits sinistres sur leur cause. On supposa qu'elle était morte victime d'un empoisonnement; on alla jusqu'à en accuser le sieur de Saint-Eloy. Celui-ci, fort de son innocence, et voulant faire taire des accusations plus qu'injurieuses, demanda hautement l'exhumation du corps et l'inspection cadavérique. Cette opération fut faite par un médecin, en présence de ceux qui avaient donné des soins à la D.[lle] Hullin, et de M. le juge d'instruction.

Voici le procès-verbal de cette ouverture :

Procès-verbal de l'ouverture du corps. — « Nous soussigné docteur en médecine de la Faculté de Paris, sur l'ordonnance de M. le juge d'instruction, nous sommes transporté aujourd'hui 28 février, à trois heures après-midi, accompagné de M. le juge d'instruction et du procureur du roi, au cimetière Montmartre, pour assister à l'exhumation du corps de D[lle] Hullin, femme Saint-Eloy, Saint-Maurice, danseuse à l'Opéra, et procéder à l'autopsie cadavérique, que nous avons faite en présence de M. le juge d'instruction, de M. le procureur du roi et des docteurs ** et ***, médecins ordinaires de la défunte : après avoir examiné attentivement le corps de ladite dame Saint-Maurice, l'avons trouvé dans l'état naturel. Le col présentait, sur sa partie latérale droite, une ecchymose que nous pensons être occasionnée par la position du cadavre dans la bière, de même que celle qui existait sur la région dorsale des lombes. Nous avons ensuite procédé à l'ouverture du cadavre, et avons porté notre attention sur les organes digestifs. La bouche contenait quelques

parties de matières fécales. L'œsophage, ainsi que l'estomac ne nous ont présenté aucune substance ; l'estomac était *phlogosé et présentait les traces d'une inflammation*. Le cardia ni le pylore ne présentaient rien de digne de remarque ; le duodénum était de couleur rosée ; le jéjunum commençait à prendre une couleur plus foncée, et l'iléon présentait un commencement de sphacèle dans toute son étendue et contenait encore des matières stercorales ; le cœcum, le colon et le rectum ne nous ont présenté rien de remarquable. Les organes de la respiration étaient parfaitement sains et de couleur naturelle. Le cœur, le foie et la rate étaient dans leur état ordinaire. Questionné par les autorités judiciaires pour savoir si je trouvais quelques traces de substance vénéneuse, j'ai répondu que je ne voyais rien qui pût me le faire soupçonner, mais que du reste, l'analyse chimique pouvait le prouver. Les docteurs ** et ***, le premier médecin ordinaire, et le second médecin consultant m'ont dit avoir traité la dame Saint-Maurice d'une colique iliaque. Nous n'avons *cependant reconnu ni invagination ni entortillement des intestins*. M. le docteur **, nous fit la judicieuse observation que les gaz développés dans le tube intestinal pouvaient avoir détruit l'invagination. Il existait dans la région iliaque droite un gonflement. Les nombreuses observations faites par les auteurs de médecine légale, surtout celles du savant Orfila, ne nous permettent pas de pouvoir répondre affirmativement, et nous engagent à conseiller qu'il soit procédé à une analyse chimique ; quant à nous, *nous ne voyons dans cette autopsie qu'une gastro-entérite chronique*. En foi de quoi nous avons donné le présent rapport. »

Fait à Paris, le 28 février 1829.

Signé, etc.

La justice ne s'étant pas cru suffisamment éclairée par ces recherches, nous désigna, M. Orfila et moi, pour procéder à l'analyse chimique et à l'examen pathologique de la dame St.-Éloy.

Les intestins, qui avaient été conservés pour être soumis à notre investigation, furent envoyés à la Faculté de médecine, où, après avoir rempli les formalités d'usage, nous procédâmes à leur examen. En déroulant ces intestins, nous ne tardâmes pas à reconnaître la cause mécanique des accidens et de la mort; et cette cause est une des plus rares et en même temps des plus singulières qu'on puisse observer. On va voir dans notre rapport qu'elle consiste en un étranglement produit par une bride celluleuse et graisseuse qui circonscrivait l'iléon.

Deux faits analogues se sont offerts déjà à mon observation. Dans le premier, l'appendice cœcale avait contracté par son extrémité libre, une adhérence avec le rectum; le paquet intestinal était tombé entre cette arcade morbide (qu'on nous passe ce terme) et le sacrum, était ensuite remonté par devant, et tombé une seconde fois par le premier espace; de sorte que l'appendice cœcale entourait les intestins, comme par une espèce de nœud coulant.

Dans le second cas, la constriction était produite par une trompe utérine dont l'extrémité flottante avait aussi contracté une adhérence avec les parties voisines. Les intestins, doublement entourés par ce lien, avaient été étranglés.

Dans le premier de ces deux cas, l'étranglement interne fut reconnu et annoncé pendant la vie. Nous exprimâmes le regret de ne pouvoir déterminer *à priori* sa nature d'une manière positive; car, disions-nous, un débridement pourrait sauver la malade. Les accidens n'étaient nullement ceux d'une inflammation ordinaire. Le ventre

était excessivement tendu et douloureux ; il était parvenu très-rapidement, et sans signes précurseurs, à cet état ; les vomissemens étaient continuels ; le pouls était d'une fréquence et d'une petitesse extrême ; la face colorée, et couverte de sueurs ; en 24 heures la mort survint. Il n'y a point de phlegmasie qui marche de la sorte. L'empoisonnement seul pourrait offrir cette rapidité, mais nous étions certains ici qu'il n'existait aucune cause semblable.

Dans le cas qui nous occupe, si le diagnostic eût pu être certain et précis, le débridement pouvait avoir le plus grand succès, car le lien de constriction était filamenteux. Cette bride n'avait pas plus d'un quart de ligne de diamètre dans la moitié de sa longueur.

Rapport médico-légal.

Nous soussignés Orfila (Math. Jos. Bonaventure) et Rostan (Léon), docteurs en médecine de la Faculté de Paris, etc., ayant été commis par M. le Juge d'Instruction près le Tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet de procéder à l'analyse chimique et à l'examen pathologique des intestins de la dame St.-Eloi, dit St.-Maurice, fille Hullin, et de répondre aux questions suivantes :

1.° *Existe-t-il, soit dans l'estomac, soit dans les intestins, quelque matière étrangère pouvant résulter de poison?*

2.° *Existe-t-il quelques traces du passage d'un poison dont il ne resterait aucun sédiment?*

3.° *Peut-on reconnaître, d'après l'état de l'estomac et des intestins, quelle était la nature de l'affection morbide qui a enlevé si subitement la dame St.-Eloi?*

4.° *Peut-on décrire l'état dans lequel seraient les intestins dans le cas où la mort du sujet eût été produite par le poison?*

5.° *De quelle matière sont formées les parcelles recueillies sur la serviette, et les déjections du cadavre qui s'y trouvent aussi?*

Nous nous sommes transportés à la Faculté de Médecine, où nous avons trouvé M. le Commissaire de police du quartier de l'Ecole de Médecine, M. Barruel (J. P.), préparateur de chimie à la Faculté, qui nous a été adjoint sur notre demande et plusieurs assistans; là il nous a été présenté un vase scellé du sceau intact de M. le Juge d'Instruction, vase contenant les intestins de la dame St.-Eloy.

Le sceau ayant été brisé et les intestins placés dans une capsule de verre, on s'est assuré avant tout que les matières blanches contenues sur la serviette et répandues à l'extérieur des intestins, étaient formées par de la graisse.

Ayant ensuite déroulé et examiné avec beaucoup d'attention les intestins, nous avons reconnu un *étranglement* du colon, à trois ou quatre pouces environ du cœcum, et formé de la manière suivante :

Une appendice graisseuse d'environ un pouce de longueur, d'une largeur d'une ligne et demie dans son plus grand diamètre, adhérente par une extrémité à l'une des faces du mésentère, dans le voisinage de l'intestin, était venue contracter une adhérence morbide, à l'aide d'un filet ligamenteux, vers la face opposée de l'endroit correspondant du mésentère, de manière à comprendre l'iléon, comme un anneau comprend une bourse. Cet anneau celluleux ayant comprimé l'intestin, intercepté le cours des matières alimentaires et le cours du sang, explique, de la manière la plus satisfaisante, et les accidens arrivés pendant la vie et les traces trouvées après la mort. Les coliques atroces, le vomissement des matières fécales et la suppression des selles sont, en effet, les symptômes ordinaires de tout étranglement. Les traces d'inflamma-

tion violente dans l'estomac et les intestins, la gangrène des parties qui avoisinent l'étranglement, sont aussi les phénomènes ordinaires des étranglemens qui se terminent par la mort.

Que, si l'on nous demande comment a pu se former l'anneau celluleux que nous avons décrit? Comment cette appendice a pu contracter adhérence vers le point opposé du mésentère? Comment l'étranglement est plutôt arrivé dans ce moment que dans un autre? nous dirons que, ne pouvant donner que des conjectures ou, tout au plus, des probabilités sur ces questions, nous devons nous abstenir de toute réponse, la nature ne nous ayant pas devoilé ses procédés.

Cet examen nous ayant fait reconnaître une cause de mort, nous n'avons cependant pas cru pouvoir nous abstenir de l'analyse chimique des matières, analyse que demande M. le Juge d'Instruction; car il pourrait se faire que, par un hasard singulier, il y eut eu en même temps empoisonnement et étranglement.

L'examen chimique ayant donc été fait avec toute l'attention convenable en pareille circonstance, il n'a été reconnu aucun vestige de poison quelconque.

D'après cette investigation scrupuleuse, les docteurs en médecine soussignés croient devoir répondre ainsi qu'il suit aux questions de M. le Juge d'Instruction.

1.° *Il n'existe, ni dans l'estomac, ni dans les intestins, aucune matière étrangère pouvant résulter de poison.*

2.° *Les traces d'inflammation violente qui existent pourraient être l'effet d'un poison dont il ne resterait aucune trace, mais elles sont suffisamment motivées par l'étranglement que nous avons reconnu.*

3.° *On peut très-bien reconnaître, d'après l'état des*

intestins, la nature de l'affection morbide qui a enlevé si subitement la dame St.-Eloi.

4.° *On peut décrire l'état dans lequel seraient les intestins dans le cas où la mort du sujet eût été produite par le poison; mais il est des substances toxiques qui ne laissent pas de traces sensibles après elles.*

5.° *Les matières recueillies sur la serviette sont de la graisse, du sang et des fèces.*

Signé, etc.

Paris, le 9 mars 1829.

Sur quelques cas rares d'emphysème dépendant de causes différentes; par P. Menière, *D. M. P., ancien interne des hôpitaux civils d'Angers et de l'Hôtel-Dieu de Paris.*

L'introduction de l'air atmosphérique dans le tissu cellulaire intermusculaire et sous-cutané complique assez souvent les plaies pénétrantes de la poitrine. Dans le plus grand nombre des cas, l'examen attentif des parties lésées rend très-bien compte de l'emphysème. Il arrive cependant quelquefois que l'état sain du poumon, ou d'autres circonstances, ne permettent pas de l'expliquer d'une manière satisfaisante. L'emphysème peut se présenter sans que la plèvre costale ait été intéressée. Il peut se développer sur tout autre point de l'appareil respiratoire; enfin, il peut être spontané. Nous allons fournir des exemples de chacune de ces variétés.

Obs. I.re — Marie Tauvri, âgée de 26 ans, petite, grasse et très-vigoureuse, reçut dans une rixe un violent coup de poing qui porta d'aplomb sur l'angle interne de l'œil gauche. Dans cette circonstance, la saillie for-

mée par l'extrémité articulaire des deux premières phalanges du doigt médius remplit l'enfoncement qui sépare le globe de l'œil de la racine du nez. La douleur fut très-vive, et la malade fut renversée. Quelques gouttes de sang s'échappant par le nez, elle voulut se moucher. L'effort d'expiration qu'elle fit après avoir fermé l'ouverture antérieure des narines, détermina un gonflement subit des paupières. Le même acte répété deux ou trois fois, augmenta beaucoup la tuméfaction de ces parties, et il devint dès-lors impossible de les écarter. L'hémorrhagie nasale avait aussitôt cessé; Marie Tauvri se rendit de suite à l'Hôtel Dieu d'Angers où je la reçus le 18 mai 1822.

Les deux paupières de l'œil gauche, les parties de la joue et du front qui se continuent avec elles, ainsi que la face latérale et supérieure du nez, offrent un gonflement considérable. La peau est tendue, luisante, élastique; une compression, même légère, suffit pour déterminer une crépitation manifeste. Le bord des paupières est tellement tendu qu'il est impossible de découvrir le globe de l'œil pour s'assurer de son état. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, pas de larmoiement, et fort peu de douleur.

Ayant quelques doutes sur les renseignemens fournis par la malade, je l'engageai à se moucher devant moi. Aussitôt que l'occlusion des narines ne permit plus à l'air de s'échapper au dehors, je vis, ainsi que cinq ou six élèves, la tuméfaction augmenter d'une manière très-sensible. Une douleur très-vive accompagna cette expérience. La tumeur est recouverte de compresses imbibées d'eau froide maintenues par un monocle simple, légèrement serré.

Le 19 au matin, légère diminution du gonflement. Pas de changement de couleur à la peau. Le chirurgien de ser-

vice constate la crépitation sous-cutanée et engage la malade à renouveler l'expérience de la veille ; le résultat fut le même, quoique moins marqué. On continue l'usage des résolutifs simples. Le même jour, au soir, les paupières se sont désenflées au point qu'on peut les écarter et constater l'intégrité du globe oculaire. La vision s'exécute également bien des deux côtés-

Le 20, presque plus de gonflement.

Dans la nuit du 20 au 21, la malade, à moitié endormie, éprouve quelques démangeaisons dans le nez qui provoquent un éternuement. Elle se mouche avec force, et à l'instant même la tumeur emphysémateuse reprend sa forme et son volume primitifs. La même douleur se manifeste, et le matin, à la visite, on ne peut plus écarter les paupières. Je désirai faire une dernière épreuve, non pas pour augmenter ma conviction, mais pour la faire partager à ceux de mes collègues qui conservaient des doutes sur la cause de cet accident. La malade se moucha à plusieurs reprises, et l'on vit la paupière supérieure surtout se gonfler à chaque effort expiratoire.

Les mêmes moyens curatifs furent employés, et la malade, parfaitement guérie, sortit de l'hôpital le 24.

Tous les auteurs qui traitent de l'emphysème traumatique, parlent de celui des paupières et font remarquer la rapidité de son développement, due à la laxité du tissu cellulaire qu'elles contiennent. Mais aucun d'eux, à ma connaissance, n'indique d'emphysème borné aux paupières et dépendant d'une cause qui a agi directement sur elles. M. de Wenzel, il est vrai, en parle comme d'un des accidens qui compliquent quelquefois l'opération de la cataracte. Il indique même, comme en ayant parlé, plusieurs auteurs que nous avons vainement consultés à cet égard. Ambroise Paré, maître Jan, Deshayes-Gendron et autres, décrivent sous le nom d'emphysème

des paupières un simple œdème aigu ou chronique. Parmi les cent treize maladies de l'œil et de ses dépendances décrites par Galien, on trouve bien l'emphysème, mais ce nom s'applique à l'infiltration palpébrale des vieillards. Il n'y a donc nulle analogie entre ces faits et celui qui s'est présenté à notre observation.

Il est évident que l'air passait directement et avec assez de facilité, de l'intérieur des fosses nasales dans l'épaisseur des paupières. Le coup porté dans l'angle interne de l'œil a produit un écartement entre les bords contigus de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et l'os unguis. Ce diastasis a été accompagné du déchirement de la lame fibreuse qui tapisse l'orbite, et de la muqueuse qui se prolonge dans les sinus ethmoïdaux. L'hémorrhagie qui a suivi immédiatement le coup indique cette déchirure, sans laquelle il serait impossible de concevoir le passage rapide de l'air dans l'épaisseur de la paupière.

Le traitement a été simple. Il est même probable que l'on eût pu se dispenser de toute application, vu l'absence d'accidens. Dans un cas beaucoup plus grave, l'emphysème de la paupière, épiphénomène d'une lésion absolument au-dessus des ressources de l'art, servit à établir un diagnostic que rien sans cela ne pouvait justifier.

Obs. II.[e] — Un homme âgé de 46 ans, grand et robuste fut apporté sans connaissance, à l'Hôtel-Dieu, en juin 1826, et placé dans une salle de chirurgie. Un assoupissement profond avec stertor, une résolution complète de tous les membres, et plus que tout cela, l'absence de toute lésion extérieure, le firent transférer dans une salle de médecine. En l'examinant avec soin je m'aperçus que les mâchoires étaient fortement convulsées, et que les muscles du cou étaient raides. Voulant m'assurer de la valeur du trismus, je pinçai le nez de manière

à empêcher le passage de l'air; la respiration fut suspendue pendant une demi-minute au moins, jusqu'à ce qu'une violente expiration s'étant faite, je vis la paupière supérieure gauche se gonfler un peu. La bouche restait fermée, et tout l'air passait par les fosses nasales. De nouvelles tentatives produisirent des effets analogues, et bientôt cette paupière offrit un volume assez considérable. Je constatai la crépitation emphysémateuse.

Cet accident me fit examiner avec plus de soin la paupière, et je vis qu'outre un léger éraillement du derme, il y avait une teinte jaunâtre indiquant une contusion qui tend à se résoudre. J'en conclus qu'il y avait probablement une fracture à la voûte orbitaire ou aux os de la base du crâne, tels que l'ethmoïde ou le sphénoïde. L'air pénétrant dans les cellules et les sinus de ces os, trouvait une issue dans l'épaisseur de la paupière, quand un obstacle s'opposait à sa sortie par les narines.

Je passe sous silence beaucoup de détails étrangers à mon sujet, et qui trouveront place ailleurs. Le malade mourut le lendemain matin. J'appris que douze jours auparavant il avait été assailli par plusieurs hommes. Un coup de parapluie porté au visage l'avait abattu et laissé sans connaissance sur le pavé.

L'examen du cadavre fit voir une fracture de la voûte orbitaire avec déchirure du lobe antérieur du cerveau, dans une profondeur de huit lignes. La dure-mère était largement décollée autour de la fracture, mais elle avait résisté sans se rompre. Un des fragmens osseux s'étendait jusqu'à la grande échancrure du frontal, et communiquait avec les cellules ethmoïdales moyennes, lesquelles contenaient un peu de sang encore liquide.

Cette observation sert de complément à la première, et ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion qui occasionne l'emphysème. Le parti que nous en avons tiré dans ce cas doit fixer l'attention des praticiens, et pour-

rait, dans une circonstance semblable, fournir des indications curatives. Il est certain du moins que le passage de l'air dans les paupières peut conduire au diagnostic des fractures de la base du crâne. Quoi qu'il en soit, voici deux cas d'emphysème qui diffèrent, par leur cause et leurs symptômes, de toutes les affections de même genre décrites jusqu'à ce jour.

L'emphysême qui survient aux parois du thorax lorsqu'elles ont été entamées, ne dépend pas toujours du passage de l'air qui s'échappe du poumon. J. L. Petit a vu, à trois pouces au dessous de l'aisselle, une plaie presque ronde et déchirée dans sa circonférence, laquelle avait donné lieu à un emphysème considérable de tout le côté correspondant de la poitrine. Les recherches les plus exactes prouvèrent que cette plaie, faite avec un bâton pointu, n'avait pas pénétré dans la cavité thoracique. Des débridemens pratiqués dans plusieurs sens firent découvrir un sinus assez profond dans la direction de la face externe d'une côte. La guérison eut lieu dans l'espace d'un mois. J'ai vu un emphysême survenir dans des circonstances peu différentes. Voici le fait avec ses détails.

Obs. III.ᵉ — Pierre Renaud, 20 ans, grand, brun, maigre, chasseur à cheval dans le 24.ᵉ régiment, se trouvant dans un état d'ivresse; le 29 octobre 1821, à deux heures du matin, se querella très-vivement avec un de ses chefs. S'exagérant les suites que pouvait avoir cette dispute, il résolut de se tuer, et s'empressa de commencer l'exécution de ce projet. Ayant placé le pommeau de son sabre sur le pavé, il appuya la pointe contre sa poitrine, et se précipita dessus. Cette pointe pénétra dans l'intervalle qui sépare les cartilages de la sixième et septième vraies côtes droites, et glissa le long du bord inférieur du muscle grand pectoral jusqu'au delà de la mamelle. Relevé au même instant, une vio-

lente hémorrhagie se manifesta, un sang vermeil jaillissait par saccades; on parvint à l'arrêter en comprimant la plaie avec des mouchoirs. Le même jour, à sept heures du matin, le malade fut apporté à l'hôpital, et j'observai ce qui suit :

La plaie, dirigée obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, a deux pouces et demi de longueur. Le cartilage de la septième côte est divisé dans les trois quarts de son épaisseur. Depuis l'angle supérieur de la plaie jusqu'au mamelon, on trouve une légère saillie, ronde, douloureuse au toucher; en la pressant de haut en bas, on fait sortir beaucoup de sang en partie coagulé. En rapprochant les bords de la plaie pour les réunir par première intention, on vit sortir un peu de sang artériel, mais cette hémorrhagie s'arrêta de suite. Un bandage compressif entoura le thorax, et le malade encore fort agité fut saigné du bras. Le pouls était dur et plein, quoique les extrémités fussent froides et décolorées. (*Boissons adoucissantes, potion calmante.*) La respiration est libre, pas de douleur, excepté quand on presse sur la septième côte. Une heure après l'accident, le malade a eu un saignement de nez assez abondant, pas de toux ni de crachats (1).

Le soir, je trouve le malade fort agité; toutes ses craintes de la veille se sont renouvelées. L'appareil est dérangé, un peu teint de sang vermeil; on trouve de l'emphysême dans une étendue de trois à quatre pouces aux environs de la plaie. Pouls gros et plein, yeux injectés. (*Saignée de bras de trois palettes.*) Soif vive, le malade a bu plus de quatre pots de tisane pectorale.

Le 30, la nuit a été plus calme, et le malade a dormi; l'œil est bon; la langue, sèche et rouge, indique seule-

(1) M. Garnier, chirurgien en chef de l'hôpital, que je m'honore d'avoir eu pour premier maître, avait annoncé que la plaie n'était pas pénétrante.

ment l'excès de boissons spiritueuses commis le jour précédent. Le pouls est tranquille et le moral n'est plus affecté. L'emphysème a fait des progrès dans la direction de l'aisselle. Pas d'hémorrhagie; les bords de la plaie sont réunis dans leur moitié inférieure. Le soir, continuation du mieux. L'emphysème n'a pas pris d'accroissement.

Le 31, retour de l'appétit et de tous les autres signes de la santé. L'emphysème diminue. La peau de la moitié inférieure du thorax se teint en jaune. La réunion de la plaie est complète. Huit jours après, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

La présence de l'air dans les environs de la plaie ne dépend pas d'une lésion de la plèvre costale ni du poumon. Aucun signe, en effet, n'a indiqué la pénétration de l'air dans la cavité thoracique, soit par la plaie extérieure, soit par une blessure du poumon. La promptitude de la guérison prouve que nous avons eu affaire à une plaie non-pénétrante. Mais comment expliquer alors l'emphysème? On ne l'attribuera pas à la décomposition des fluides résultant de la blessure, puisque cette décomposition n'a pas eu lieu. En effet, cet accident a paru d'une manière trop prompte pour qu'on puisse l'attribuer à une semblable cause. Il faut donc reconnaître que les mouvemens successifs d'abaissement et d'élévation du thorax, lorsqu'une plaie pénètre dans l'épaisseur de ses parois sans les traverser, suffisent pour donner accès à l'air dans les mailles du tissu celluleux, surtout lorsque cette introduction est facilitée par un peu de maigreur. Notre malade était justement dans ce cas, et ce fut dans la direction de l'aisselle, là où ce tissu est plus abondant et plus perméable, que l'emphysème se fit remarquer (1).

Dans quelques circonstances, l'emphysème prend un

(1) Ce fait ne nous semble pas aussi concluant qu'à l'auteur. Les raisons qu'il allègue ne suffisent pas pour prouver que la plaie n'était pas pénétrante. (*N. d. R.*)

accroissement si subit et si considérable, eu égard à l'étroitesse de la plaie du feuillet séreux qui recouvre le poumon, qu'on a peine à admettre cette lésion comme cause unique des accidens. Voici un cas de cette nature.

Obs. IV.° — ***, âgé de 56 ans, ouvrier des carrières à ardoises, petit et vigoureux, devenu fou à la suite d'une plaie avec enfoncement de la bosse frontale gauche, occupait, en janvier 1822, à l'Hôtel-Dieu d'Angers, une loge d'aliéné dans laquelle on le laissait libre. Un jour, il grimpe le long du mur jusqu'à la hauteur d'une fenêtre placée au-dessus de la porte, à huit pieds environ du sol. Il tomba de là sur le bord de son lit, espèce d'auge construite en gros madriers. Je fus appelé un quart d'heure après l'accident. Agitation extrême; pouls petit, vif, serré; peau froide; décubitus dorsal; dyspnée extrême. Le côté gauche de la poitrine est fort douloureux au toucher, plusieurs côtes sont évidemment fracturées; de plus, un emphysème fort apparent occupe une étendue de plus de six pouces carrés. Baudage compressif autour de la poitrine; large saignée de bras. Quatre heures après la chute, les symptômes généraux s'aggravent, la dyspnée est excessive, l'emphysème remonte jusqu'au col et occupe toute l'étendue du thorax, sans cependant dépasser la ligne médiane. Le ventre participe à cet état, surtout en arrière. La mort arrive le lendemain, treize heures après l'accident.

Autopsie cadavérique. — Je noterai en passant que la bosse frontale gauche formait, à la face interne, une saillie de plus de cinq lignes, ayant au moins deux pouces de circonférence. Le lobe cérébral correspondant offrait une dépression semblable, sans que sa substance ni ses membranes d'enveloppes fussent altérées.

Thorax. — Les quatre premières côtes et la douzième étaient seules intactes, toutes les autres étaient fracturées

dans leur moitié postérieure. Cette fracture se rapprochait d'autant plus de leur angle qu'on descendait davantage. Il est à remarquer que le lobe supérieur du poumon correspondant adhérait avec force aux quatre premières côtes restées entières. Au niveau de la fracture de la sixième, on trouvait, à la plèvre pariétale, une petite déchirure n'ayant pas plus de deux lignes de largeur. La partie du poumon située vis à-vis offrait une plaie encore plus étroite, et autour de laquelle le tissu de l'organe était sain. Pas d'emphysème interlobulaire ni d'épanchement de sang dans la cavité pleurale.

Abdomen. — La rate est largement déchirée en dehors suivant son diamètre vertical. Une plaie d'un demi-pouce existe sur la face externe et postérieure du grand lobe du foie, dans l'endroit qui répond exactement aux fragmens des neuvième et dixième côtes. Toute la cavité péritonéale est pleine de sang liquide, poisseux ou déjà pris en masses. Hydrocèle à droite avec dégénérescence cartilagineuse de la tunique vaginale. A gauche, le testicule offre un commencement d'atrophie; un calcul osseux, anguleux, du volume d'un gros pois, occupe la terminaison du corps d'Hygmore.

Nous sommes entrés dans quelques détails étrangers au sujet qui nous occupe; mais comme ils offrent assez d'intérêt, on nous pardonnera de les avoir rapportés. Quant à l'observation en elle-même, on a pu remarquer combien était petite la plaie de la plèvre et quelle a été la rapidité du développement de l'emphysème. Beaucoup de faits prouvent que les divisions de la plèvre, même les plus étroites, livrent un passage facile à l'air et donnent lieu à des emphysèmes énormes; mais ce résultat n'arrive qu'au bout d'un temps assez long, et ici nous l'avons observé presque instantanément. Quelle peut être la cause d'un tel phénomène? Je l'ignore. Mais quelle était la mar-

che à suivre par le médecin pour s'opposer aux progrès du mal? On conseille généralement de donner, dans les cas de cette nature, une large issue à l'air, ce qui prévient son introduction sous les tégumens. Mais ici la gravité de la blessure, les symptômes généraux qui annonçaient l'hémorrhagie intérieure, ne permettaient pas d'avoir recours à ce moyen.

Parmi les emphysèmes non-traumatiques décrits par les auteurs, on distingue surtout celui qui occupe le devant du col et qui survient à la suite de mouvemens respiratoires exagérés. Les efforts de l'accouchement, des cris aigus et prolongés, un obstacle mécanique à la sortie de l'air par les voies ordinaires, telles sont les causes les plus fréquentes de cet accident, qui n'a pas ordinairement de suites fâcheuses. Voici les diverses observations que j'ai pu faire à ce sujet.

Sur trois femmes en couches qui m'ont offert ce phénomène, deux avaient de 35 à 37 ans, l'autre en avait 29. Toutes trois accouchaient pour la première fois; le travail fut long, difficile, autant par l'étroitesse des organes génitaux que par le volume de l'enfant. Elles étaient maigres, brunes et d'une assez faible santé. J'ai tenu note de ces particularités, qui me semblent expliquer à la fois pourquoi les douleurs étaient très vives et les efforts d'expiration très-violens. L'apparition de la tumeur emphysémateuse au col en est d'autant plus facile à concevoir, puisqu'elle coïncide avec les attributs d'une constitution à la fois peu robuste et très-irritable. Aucune des trois malades ne s'est aperçue de l'accident, aucune n'a ressenti de douleur dans la poitrine ni dans la trachée-artère. La tumeur, rapidement accrue, a causé à peine un peu de gêne; elle n'a pas envahi le visage, et s'est bornée à occuper la plus grande partie de l'espace compris entre les sterno-mastoïdiens. Il n'y a pas eu de changement de cou-

leur à la peau ; la résolution s'est opérée avec rapidité, et le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement il n'en restait plus de traces. Aucun moyen médicamenteux n'a été mis en usage. Chez une seule malade j'ai appliqué le sthétoscope, et il m'a été impossible de reconnaître l'existence d'aucun bruit particulier. Chez deux malades, j'ai remarqué que l'augmentation de volume de la tumeur avait lieu surtout pendant l'expiration. La raison physiologique de ce phénomène a été indiquée avec précision par M. J. Cloquet.

Chez un hydrophobe âgé de 32 ans, petit, brun et très-robuste, l'emphysème du col parut de bonne heure et s'étendit jusque derrière les oreilles. La violence des efforts qu'il faisait sans cesse, les cris qu'il poussait, les mouvemens expiratoires auxquels ils se livrait pour cracher ou dans toute autre intention, rendaient son état assez semblable à celui des femmes qui accouchent, et devaient produire un effet analogue. Il paraît cependant que cela est rare; car, sur huit hydrophobes que j'ai examinés avec la plus grande attention, celui-ci est le seul qui ait été affecté de la sorte. L'autopsie, pratiquée avec tout le soin convenable, et dans l'intention de rechercher la cause d'un accident trop peu grave en lui-même pour qu'on ait eu l'occasion de le soumettre à un tel examen, ne nous apprit rien de positif. Il y avait bien un peu d'air dans la partie supérieure du médiastin antérieur, mais le poumon ne participait pas à cet état. L'insufflation, faite avec toutes les précautions convenables, distendit tout l'organe; mais l'air ne s'échappa pas au dehors. Les bronches et la trachée-artère n'offrirent aucune solution de continuité; rien, en un mot, ne put fournir une explication satisfaisante de ce qui avait eu lieu pendant la vie.

Enfin, chez un pauvre phthisique, les deux bifurca-

tions principales des bronches étaient resserrées par des ganglions tuméfiés et dégénérés en matière tuberculeuse. L'air introduit dans les poumons en était souvent expulsé avec violence par un effort de toux, mais le rétrécissement des conduits, qui ne s'opposait pas à son introduction graduelle, était un obstacle efficace à sa sortie précipitée. Il en résultait une dyspnée très forte qui fut suivie de rupture des vésicules pulmonaires et d'emphysème interlobulaire; le médiastin fut bientôt envahi, et la base du col se tuméfia dans les dernières heures de la vie. L'insufflation des tuyaux bronchiques augmentait sensiblement l'infiltration aérienne, ce qui établissait une grande différence entre ce fait et les précédens.

Chez deux jeunes filles chlorotiques, qui étaient de plus en proie à des désordres nerveux de toute espèce, une toux rauque et prodigieusement bruyante, donnait lieu à un gonflement de la partie antérieure du col. J'ai cru plusieurs fois y sentir une crépitation obscure, mais je ne saurais l'affirmer; la tumeur persistait souvent une demi-journée et plus. Le corps thyroïde offrait une légère hypertrophie, ses nombreuses artères battaient avec force et présentaient un surcroit de volume qui entrait peut-être pour quelque chose dans la production du phénomène dont j'ai parlé.

Il me reste à rapporter une dernière observation qui se rapproche des précédentes par la cause, mais qui en diffère par l'extension qu'a prise la maladie et par sa terminaison.

Obs. V.e — Joseph Mazau, âgé de 20 ans, maçon, gros et court, très-robuste, fut pris sans cause connue, dans le commencement d'août 1826, d'une dyspnée qui augmenta rapidement et fut bientôt accompagnée d'une toux opiniâtre avec crachats rubigineux et même sanguinolens. Il n'y avait pas de douleur fixe. Saignées, sangsues qui

calment ces premiers accidens. Quelques jours après, coliques légères avec diarrhée énorme ; nouvelles sangsues à l'anus, soulagement ; le malade reprend ses travaux, mais il se sent faible, et, le plus souvent, il ne peut faire que des demi-journées. La convalescence paraissait s'établir, lorsque, dans la nuit du 18 au 19 septembre, il fut pris d'un nouvel accès de dyspnée avec des quintes de toux très-violentes. Ce fut au milieu de ces efforts qu'il sentit son col se tuméfier, mais sans y éprouver de douleur, non plus que dans la poitrine. La toux continue, l'emphysème fait de rapides progrès, et le 19, dans la soirée, le malade entre à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant.

Le col est de niveau avec la face, toute la surface du corps est également tuméfiée, et la crépitation est partout manifeste. Le thorax est énorme, les bras sont gonflés jusqu'aux poignets ; la partie supérieure des cuisses commence à se développer. La ligne médiane est également soulevée, elle est à peine un peu enfoncée vis-à-vis les vertèbres dorsales inférieures. Toux faible et très-fréquente ; yeux saillans ; lèvres violettes ; pouls petit et très-vif. Le malade est effrayé de sa position. Crachats blancs, visqueux et larges ; quelques stries de sang. Sueur générale très-copieuse. Langue rouge. (*Jul. dia.*, *orge miel.*)

Le 20, on pratique une incision verticale d'un demi-pouce de long au devant de la partie moyenne du sternum. L'air s'échappe avec un petit sifflement. Pendant toute la journée le malade s'occupe à pousser ce fluide vers l'ouverture, et le soir, la plus grande partie du thorax a repris son volume naturel. L'auscultation est impraticable. En effet, le bout du cylindre, lors même qu'il ne comprime la peau que très-légèrement, produit une crépitation sous-cutanée qui ne permet pas d'entendre le bruit respiratoire. La percussion ne donne pas plus de

résultat. Du reste, la toux continue : anorexie complète, ventre indolent à la pression, deux ou trois selles séreuses par jour.

Dans la nuit du 23 au 24, délire fugace, rêvasseries, beaucoup de fièvre et d'agitation. Le matin, abattement; l'emphysème a fait des progrès et il a atteint jusqu'aux genoux. La plaie du thorax est gangrénée, sans qu'on ait observé d'inflammation préalable bien évidente. Cette ouverture reste béante et l'air ne sort plus, même quand on le pousse vers cette issue. (*Large vésicatoire à une cuisse*, *potions toniques*, etc.) Les symptômes cérébraux s'aggravent promptement, et le malade expire tout-à-coup le 27 au matin.

Autopsie cadavérique vingt-cinq heures après la mort. —*Habitude extérieure.* — Emphysème général, aucune trace de décomposition. Flaccidité des membres.

Tête. — La pie-mère est mince, friable, fortement injectée en rose vif, entièrement privée de sérosité, et collée à la substance grise. Cette substance offre la même teinte, et de plus des ecchymoses lenticulaires très-abondantes, superficielles et d'une couleur plus foncée. Tout le cerveau est ferme.

Thorax. — Tout le tissu cellulaire sous-pleural est rempli d'air; il y en a beaucoup autour de la racine des poumons. Ces deux organes sont sans adhérences et non emphysémateux. Ils sont farcis de tubercules miliaires à l'état cru. Dans le lobe supérieur de chacun d'eux, on trouve de petites cavernes sinueuses qui sont dues à l'ulcération de tuyaux bronchiques. La muqueuse de la trachée et des bronches est d'un rouge brun, très-épaisse et sans traces d'ulcération. J'ai insufflé les deux poumons avec force, et je n'ai pas remarqué la sortie d'une seule bulle d'air.

Abdomen. — Injection ramiforme très-vive dans l'estomac. L'intestin grêle est rempli de plaques saillantes,

ramollies à leur sommet, de follicules isolés plus ou moins profondément ulcérés. Les ganglions mésentériques ont doublé de volume, beaucoup sont ramollis dans leur centre.

L'emphysème n'occupe que le tissu cellulaire sous-cutané qui n'offre du reste aucune altération de couleur et de consistance. Dans une étendue d'un pouce environ, celui qui entoure la plaie du sternum est coloré en rouge brun, et imbibé d'une matière plastique qui s'oppose à sa perméabilité.

Les circonstances dans lesquelles l'emphysème s'est développé ne permettent pas de douter que l'affection du poumon n'en soit la cause. L'air qui remplissait le médiastin et le tissu cellulaire qui unit la plèvre aux parois thoraciques indique son point de départ; mais alors pourquoi le poumon lui-même ne participe-t-il pas à cet état général? Les voies aériennes n'offrant aucune solution de continuité, à moins que les tuyaux bronchiques ulcérés n'aient donné passage à l'air, nous ne voyons pas comment on pourra expliquer sa présence sous la peau. Mais l'ulcération chronique d'un tissu est toujours accompagnée de l'épaississement des couches celluleuses environnantes; et d'ailleurs l'insufflation a démontré que rien ne s'échappait par cette voie.

L'issue donnée à l'air n'a pas été d'une grande utilité. Le thorax, il est vrai, a diminué de volume, mais cette amélioration n'a été que passagère. La phlogose qui s'est emparée de la plaie a rendu le tissu cellulaire imperméable, et le gonflement s'est bientôt accru. La gangrène de la peau survenue dans ce cas nous a rappelé celle qui s'empare des mouchetures que l'on pratique dans les cas d'anasarque. L'eau ou l'air qui distendent le tissu cellulaire sous-cutané influent sur la vitalité de la peau et la prédisposent à la mortification. Au reste, nous livrons le fait aux méditations des praticiens.

Recherches sur l'affection épidémique qui règne maintenant à Paris; par M. GENEST, *D. M. P., chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.* (III[e] et dernier article.) (1)

Étiologie. La plus grande variété d'opinions règne sur les causes probables de cette épidémie : voici au reste celles auxquelles on l'a le plus communément attribuée.

Le pain, altéré dans la farine par le seigle ergoté, ou par le mélange d'autres substances nuisibles, a pu, au premier abord, être considéré comme capable de déterminer les symptômes de l'épidémie régnante; mais avec un peu d'attention, et à l'aide de quelques recherches, il a été facile de constater les faits suivans, qui ne laissent aucun doute sur l'inefficacité de cette cause.

Quelques quartiers surtout ayant offert beaucoup de malades, il faudrait supposer, dans l'hypothèse d'une altération des farines, que tous les boulangers du faubourg Saint-Germain, par exemple, feraient usage de farines altérées, tandis qu'aucun de ceux de la Chaussée-d'Antin n'en emploierait.

Tout le pain qui est distribué dans les diverses casernes venant du même établissement, l'épidémie n'aurait pas dû affecter une caserne plutôt que l'autre. Et cependant celle de la Courtille était remplie de malades, tandis qu'il n'y en avait pas encore un seul dans celle de l'Oursine. En vain on supposera ici que les soldats seulement, qui ont changé leur pain de munition pour du pain des boulangers, ont été malades; car sur 700 hommes qui étaient au commencement de septembre à la caserne de l'Oursine, 550 sont tombés malades dans l'espace de quatre ou cinq jours seulement. On a dit aussi que, pour la même

(1) *V.* t. XVIII, p. 232, et le prés. vol., p. 63.

raison, l'épidémie ne s'était point manifestée spontanément dans les hôpitaux et autres établissemens de ce genre; mais le fait est inexact, car je puis assurer positivement avoir vu plusieurs malades être pris des symptômes de l'épidémie à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, etc., où ils étaient entrés pour une autre affection. Des recherches faites chez les boulangers ont prouvé que certaines maisons seulement présentaient des malades, et plusieurs à-la-fois, tandis que d'autres, se fournissant chez les mêmes, n'en offraient pas.

Les malheurs arrivés à l'hospice de Marie-Thérèse ont fait désirer vivement de trouver le moyen d'en arrêter le cours, et on avait espéré le faire en changeant le boulanger et tous les fournisseurs, mais en vain. Presque tous les nouveaux venus pour remplacer ou les morts ou ceux qui ont abandonné la maison en ont été pris aussitôt après leur arrivée.

Comme il n'y a que peu ou même point de ces sortes d'affections dans le voisinage de cet hospice, on a engagé les dames religieuses à aller prendre leurs repas et à coucher dans les maisons voisines; mais jusqu'à ce moment elles ne s'en trouvent pas mieux, excepté la supérieure qui souffre un peu moins.

Le *vin* a été aussi accusé, et l'on a voulu que la litharge ou quelqu'autre préparation destinée à dissimuler des vins de mauvaise qualité lui communiquât une propriété nuisible. Mais le moindre examen des faits précédens prouve l'innocuité des boissons.

Les autres alimens n'ont rien offert qui pût fixer l'attention. M. le professeur Récamier dit avoir vu des *pommes de terre*, qui, par leur séjour à la surface de la terre, prennent une teinte verte plus ou moins prononcée, déterminer des accidens assez graves. Il recherche en ce

moment si cet état des pommes de terre n'aurait pas quelque rapport avec l'épidémie régnante.

La température de la saison, les variations atmosphériques. Il est vrai que nous avons eu pendant quelques mois de l'été un temps très-variable et très-pluvieux; mais combien de fois n'a-t-on pas observé des circonstances analogues sans les mêmes effets.

L'accumulation de plusieurs personnes vivant dans un endroit peu aéré. Les lieux où l'on a vu le plus de personnes affectées de la maladie régnante n'ont pas toujours offert cette disposition. On a voulu attribuer l'état des militaires qui habitaient la caserne de la Courtille à la disposition seule des salles dans lesquelles un grand nombre de soldats étaient placés dans des lits séparés, il est vrai, mais aussi rapprochés que possible, et qui toutes ne présentaient d'ouvertures que d'un seul côté, la porte et les fenêtres étant percées dans le même mur. Cette circonstance paraît avoir frappé spécialement les autorités militaires qui ont ordonné les réparations jugées nécessaires pour assainir cette caserne : des ouvertures en lucarnes qui ont été pratiquées dans les murs pleins fourniront un passage à l'air et établiront un courant dans les salles. Cette mesure en elle-même est bonne et ne peut qu'être très-utile; mais fera-t-elle disparaître la maladie ? je ne le pense pas. Peut-être l'affection ne reparaîtra pas lorsque les troupes y rentreront; mais ce ne sera pas une preuve de l'efficacité des réparations pour cet objet : car si la réunion d'un grand nombre de personnes dans des endroits peu aérés doit-être considérée ici comme cause efficiente, pourquoi cette cause n'a-t-elle agi que cette année? Pourquoi, depuis vingt-cinq ou trente ans que les salles de la caserne étaient disposées de cette manière, n'a-t-on pas observé le même effet? Pourquoi, dans beaucoup de maisons voisines de la Courtille, qui certai-

nement ne présentaient pas toutes les mêmes vices de construction que cette caserne, qui au reste est sur le point le plus élevé de Paris et très-bien aérée, la maladie épidémique a-t-elle été plus commune que dans d'autres quartiers? Pourquoi, à la caserne de la rue de l'Oursine, la salle qui a fourni le plus de malades, et de malades gravement affectés, est-elle la plus aérée de l'établissement, percée sur plusieurs côtés de larges fenêtres d'où la vue s'étend au loin sur les environs de Paris?

La décomposition des matières animales. On avait cru, au commencement de l'épidémie, pouvoir attribuer l'insalubrité de la caserne de la Courtille aux détritus de matières animales qui sont entraînées des environs de Montfaucon par les pluies, et passent devant la caserne avec un torrent qui souvent baigne les deux rangs de maisons de chaque côté de la rue. Mais il suffit de voir la position de la caserne et des lieux voisins pour reconnaître que ces détritus ne peuvent s'arrêter et produire des effets fâcheux que loin de là.

L'âge. L'enfance, la jeunesse, l'âge viril nous ont offert de nombreux exemples de l'affection épidémique, mais surtout le dernier. Quant à la vieillesse, il suffit de rappeler que de tous les habitans de l'hospice Marie-Thérèse, où sont surtout des vieillards, aucun n'a été épargné.

Le sexe. On a fait la remarque, et avec beaucoup de raison, que le nombre des hommes malades a de beaucoup excédé celui des femmes. Je ne crois pas cependant que cette différence paraisse aussi grande qu'on l'a avancé, si l'on réfléchit à la disproportion des deux sexes à Paris, où, comme on le sait, il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes.

Les conditions. Aucune classe ne paraît avoir été exemptée; car si les dernières ont fourni un très grand

nombre de malades, les classes aisées et mêmes riches en ont offert aussi, quoiqu'en moindre proportion.

La contagion. Pourrait-on considérer cette affection comme contagieuse? Voici quelques faits qui pourraient faire admettre cette opinion, si de simples probabilités pouvaient passer pour des preuves dans des questions d'un aussi haut intérêt.

Les malades sont plus nombreux dans certains quartiers où ils se groupent comme autour d'autant de foyers principaux. — Le plus souvent plusieurs personnes sont affectées dans la même maison. — Une jeune fille, domestique, était affectée de cette maladie depuis cinq ou six semaines; les symptômes augmentant d'intensité, ses maîtres la font rester couchée dans une chambre, au cinquième étage, bien aérée et dans un bon quartier, et lui donnent pour garde une jeune religieuse bien portante qui reste constamment auprès d'elle, et dont la seule occupation est de descendre au quatrième étage chercher ce dont elle a besoin. Le 3.e jour, la religieuse éprouve des coliques, du dévoiement, puis des engourdissemens et des élancemens, et le huitième jour elle est obligée de quitter, ne pouvant plus poser le pied par terre. — Une dame, dans le courant de juin, va voir la supérieure des religieuses qui tiennent l'hospice de Marie-Thérèse, et la trouve affectée de cette maladie. Elle revient chez elle, parle à ses gens de cette maladie singulière *à laquelle les médecins ne connaissent rien.* Huit jours sont à peine écoulés, que toutes les personnes de la maison et elle-même en éprouvent les premiers symptômes, et en ont été depuis gravement affectées. Le séjour à la campagne a pu seul leur rendre la santé. Mais les domestiques et le portier sont persuadés que c'est Madame qui leur a apporté cette vilaine maladie de l'hospice Marie-Thérèse. Je pourrais citer encore d'autres faits, mais qui n'auraient

pas plus de valeur : c'est ce que j'ai pu trouver de plus en faveur de la contagion.

Quelle que soit la cause de cette maladie, ce n'est donc pas à l'une des précédentes que nous devons la rapporter. Sans doute après de nombreuses recherches faites dans toutes les maisons où elle s'est développée, on trouverait peut-être une circonstance qui, se représentant dans tous les cas, pourrait être considérée comme cause. Quant à moi, il me paraît démontré qu'une affection aussi caractérisée et aussi insolite doit dépendre d'une cause identique dans tous les cas et également insolite. Mais ici nous éprouverons nécessairement la difficulté que l'on rencontre dans l'étude de toutes les épidémies dont les vraies causes restent ordinairement inconnues, quoique l'on en avance toujours quelques-unes, qui au reste se retrouvent presque constamment les mêmes, quelque variées que puissent être les affections qu'on leur attribue. C'est ainsi qu'à la décomposition des matières végétales et animales par l'humidité et la chaleur sont attribuées les affections les plus diverses, telles que les fièvres intermittentes simples et pernicieuses, la fièvre jaune, la peste. C'est ainsi encore que l'on considère l'usage de fruits non mûrs comme la cause de certaines épidémies de dysenterie souvent très-meurtrières. Et cependant il est très-commun de voir des personnes affectées de cette maladie qui n'ont pas touché à un seul fruit vert. Mais devons-nous être étonnés du peu de connaissance que nous avons sur les causes premières des maladies, quand nous nous rappelons notre profonde ignorance sur ce qui constitue la vie et sur les propriétés par lesquelles certains corps agissent sur elle.

Nature. Si la nature d'une maladie résulte des rapports intimes qui existent entre elle et un organe particulier, un système d'organes ou un appareil de l'organisme, celle

de l'affection dont nous nous occupons me paraît devoir être difficile à indiquer. La considérerons-nous comme d'origine purement nerveuse, comme une névrose. Mais, outre que ce mot qui sert à désigner des affections souvent opposées, a trop d'extension pour avoir une signification exacte, pourrions-nous ne voir qu'une simple névrose dans une affection aussi compliquée? Quel rapport l'ophthalmie, la rougeur des pieds, l'œdème des diverses parties du corps, la coloration et la chute de l'épiderme peuvent-ils avoir avec une névrose, d'après le sens que nous attachons à ce mot? Dirons-nous, comme on l'a fait, que dans beaucoup de cas cette maladie est inflammatoire, parce que souvent elle se complique de cette éruption érythémateuse dont j'ai déjà parlé. Mais on devrait auparavant prouver que cette rougeur est réellement inflammatoire, et démontrer ensuite qu'elle est le symptôme prédominant et le point de départ de tous les autres.

La regarderons-nous comme une affection de la moelle épinière? mais nous n'en voyons pas de preuve positive dans les phénomènes symptomatologiques, et le contraire résulte de l'autopsie cadavérique.

Serait-ce une affection des vaisseaux artériels ou de quelqu'autre système vasculaire? mais nous aurons toujours les mêmes difficultés à résoudre.

En chercherons-nous l'explication dans les théories, dans les systèmes de médecine? notre embarras n'en sera pas moindre. Est-ce à l'antique humorisme, renouvellé de nos jours, que nous emprunterons ces explications, ou appuyés sur l'intolérance du système de l'irritation, ne verrons-nous dans tout cet état qu'une affection inflammatoire du ventricule, d'où l'irritation irradierait par faisceaux sur les divers organes affectés consécutivement? Quelque vraisemblable que puisse paraître cette applica-

tion de leurs principes aux partisans enthousiastes de cette doctrine, nous sommes obligés de reconnaître que cette maladie, considérée dans son ensemble, ne présente pas un caractère vraiment inflammatoire; à moins donc que l'irritation, vrai protée pathologique, ne puisse se modifier de toutes les manières et emprunter les formes les plus différentes.

Etant dans l'impossibilité de fixer nos idées sur la nature de cette maladie, nous nous bornerons à faire remarquer qu'il serait difficile d'admettre un point de départ local circonscrit pour tant de symptômes divers. Combien faudrait-il donner d'extension à la théorie commode des sympathies, si l'on voulait faire dépendre de la lésion d'un même organe les dérangemens des voies digestives, les engourdissemens, les douleurs spontanées; etc.? quel rôle important jouerait dans l'économie animale l'organe qui serait lié d'une manière aussi intime à tant d'appareils différens?

Diagnostic. — L'embarras que nous éprouvons pour le diagnostic de cette affection, ne consiste pas dans la difficulté de la distinguer des autres maladies qui s'en rapprochent le plus. Il est évident, d'après ce que j'ai exposé jusqu'ici, qu'il n'en est pas, parmi celles qui s'offrent souvent à notre observation, qui puisse être confondue avec elle; ce qui me paraît difficile, c'est de la rapprocher des autres maladies et de trouver la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique. Aussi je ne présente les rapprochemens que je vais essayer de faire dans les recherches qui vont suivre, que comme des probabilités qui plus tard seront rejetées ou admises, lorsqu'une plus longue observation aura fourni des résultats plus positifs.

Les deux seules affections qui présentent quelqu'analogie sont la colique végétale et l'ergotisme.

La première, la colique végétale, observée dans le Poitou, le Devonshire, l'Espagne, la Hollande, etc., attribuée par quelques auteurs, surtout à l'époque de la naissance des sciences chimiques, au mélange de préparations de plomb avec certaines boissons fermentées pour corriger leur âcreté, a pris le nom de diverses contrées où elle a régné épidémiquement. Il en existe plusieurs bonnes descriptions parmi lesquelles j'ai choisi celle que Huxham a donné de l'épidémie qui régna en 1724 dans le Devonshire, depuis l'automne de cette année jusqu'au printemps de la suivante. Huxham distingue deux périodes; dans la première, angoisses de l'estomac avec douleurs graves à l'épigastre, pouls faible, inégal; sueur froide, langue couverte de mucosités verdâtres, ensuite vomissemens bilieux que suivait constamment une constipation opiniâtre. Alors la douleur descendait à l'ombilic et s'étendait jusqu'à l'épine du dos, diminution considérable de la quantité des urines qui étaient sédimenteuses, quoique le besoin de les rendre fût continuel et accompagné d'un poids très-incommode dans le périnée. Abdomen dur, excessivement ballonné, ou au contraire en forme de coupe, avec douleur fixe, vive et brûlante dans l'hypochondre droit. Succession alternative de constipation opiniâtre et de diarrhée avec ténesme, et souvent colorée par le sang; quand les douleurs se calmaient la deuxième période commençait.

Alors les coliques allaient en diminuant, mais la peau conservait une grande sensibilité; la douleur de l'épine s'étendait jusqu'aux épaules, delà aux bras, et se fixait surtout dans les jointures dont elle empêchait le mouvement, principalement aux mains. Les cuisses, les jambes étaient en proie à des douleurs atroces qui paraissaient avoir leur siège dans la moelle des os, sans tuméfaction ni rougeur. A cette époque, il survenait un peu de fièvre,

chez quelques-uns même du délire; puis des sueurs très-abondantes qui faisaient disparaître le reste des douleurs du ventre, et se terminaient par la perte entière du mouvement, mais non de la sensibilité des mains. La paralysie qui survenait faisait cesser les douleurs. Je ne me rappelle cependant pas, dit-il, avoir vu personne attaqué de paralysie aux pieds; quelquefois il paraissait une sueur bénigne ou un grand nombre de pustules rouges avec des démangeaisons très-fortes par tout le corps, et aussitôt les douleurs de rhumatisme (1) et de coliques disparaissaient. Dans des cas moins favorables, la matière morbifique se portait tantôt sur les membres et tantôt sur les intestins, et dans ce cas un véritable ictère terminait l'affection. Chez quelques malades elle se termina par des attaques d'épilepsie dans lesquelles ils succombèrent.

Cette maladie fut si universellement répandue, qu'elle attaqua presque toutes les familles du peuple. J'ai même vu, dit-il, jusqu'à cinq ou six personnes en être affectées dans une seule maison. Elle ne se fit point sentir parmi les gens aisés.

Huxham observa encore la même maladie en 1728 et en 1730; mais, dit-il, il y eut beaucoup plus de dévoiemens qu'en 1724, ce qui diminua considérablement les coliques et les rhumatismes. En 1734, au contraire, les dévoiemens furent plus rares, mais les coliques furent beaucoup plus vives et souvent suivies de paralysie.

En lisant avec attention la description de cette épidémie, nous trouvons bien quelques symptômes qui lui sont particuliers, mais il y en a néanmoins assez qui se retrouvent dans l'épidémie de Paris, pour qu'il en ré-

(1) Huxham emploie ici le mot rhumatisme, parce qu'il considérait la colique végétale comme une affection rhumatismale.

sulte une certaine ressemblance, une physionomie commune qu'on ne peut méconnaître. Mais si, malgré cette similitude dans divers symptômes, il reste encore des différences tranchées, remarquons que d'autres épidémies de la même affection, observées par le même auteur et dans les mêmes contrées, ne lui ont pas offert exactement les mêmes symptômes. Notons aussi que ces différences sont encore plus grandes si nous comparons entre elles des épidémies de coliques végétales observées dans des pays différens et à des époques plus ou moins éloignées. Quant à la cause de ces coliques végétales que l'on a attribuées à la sophistication des vins ou des cidres par l'usage des préparations de plomb, il serait difficile sans doute de la retrouver dans le cas actuel, mais est-il bien prouvé que dans tous les cas le plomb fut la cause de ces affections. Comme les auteurs qui les ont observées sont loin d'être d'accord sur ce point, et que les motifs sur lesquels se fondent ceux qui adoptent cette opinion, sont très-contestables, il est permis de mettre entièrement de côté la cause pour ne s'occuper que des symptômes, et peut-être ne sera-t-il pas trop déraisonnable de considérer l'épidémie de Paris comme l'une des formes sous lesquelles la colique végétale peut se manifester. Mais je passe à d'autres affections un peu différentes et qui se rapprochent davantage de la nôtre.

Ergotisme. — Deux maladies très-différentes l'une de l'autre et qui ne paraissent pas, comme on pourrait le croire et comme on l'a dit, n'être que des degrés différens de la même affection, sont considérées comme l'effet de l'usage de l'ergot ou seigle ergoté pour alimens.

L'ergotisme gangréneux qui n'a été observé que dans la Sologne et quelques autres parties de la France, a pour caractère de se terminer toujours par la gangrène

des membres et surtout des membres inférieurs. Sous ce rapport il ne peut nullement être rapproché de ce que nous avons observé.

L'ergotisme convulsif, qui ne paraît pas avoir jamais régné épidémiquement dans les mêmes contrées que le premier, est caractérisé par des symptômes divers, variant dans les différentes épidémies et dont les rapports avec celle de Paris sont remarquables. L'ergotisme convulsif qui, s'il a régné en France, semble y avoir laissé peu de traces, a été observé même par les anciens. Paul d'Egine parle d'une épidémie convulsive qui régnait de son vivant en Italie et dans d'autres provinces de l'empire romain ; et qui, d'après les symptômes rapportés par cet auteur, se rapprocherait autant de la colique végétale que de l'ergotisme convulsif ; mais c'est dans les temps modernes que ces épidémies dont Gœliche a donné l'histoire, paraissent avoir été le plus fréquemment ou au moins le mieux observées.

En 1556 et 1557, l'évêché de Cologne, la Westphalie et les comtés Valdeccein et de Witgenstein, étaient ravagés par une maladie appelée par quelques auteurs *affection convulsive de Westphalie :* ce fut alors que l'université de Marbourg, consultée par les médecins de ces divers pays sur les moyens à opposer à une affection jusqu'à cette époque complètement inconnue, publia son instruction sur cette maladie (1). Vers la fin du seizième siècle cette réponse fut traduite en latin par Horstius qui y joignit la description d'une maladie que lui-même observait avec Shalbockischen (*de scorbuto spasmodico*)

(1) Dans cette réponse, la Faculté de Marbourg conseille aux médecins de son temps d'employer contre cette affection les anti-nerveux, les antispasmodiques, les anodins et les préparations de thériaque.

en 1596 et 1597, dans les mêmes lieux, et dans laquelle il n'y avait, dit-il, ni chaleur fébrile ni effervescence extraordinaire du sang. Au début les malades s'apercevaient à peine de leur état; ils n'éprouvaient qu'un sentiment de formication avec stupeur dans les pieds et dans les mains. Bientôt les doigts puis les bras se fléchissaient avec force, d'autres fois ils étaient dans une extension forcée; si la maladie s'étendait au cerveau, ce qui arrivait souvent, il survenait des convulsions universelles et fréquemment des attaques d'épilepsie.

En 1648 et 1649 cette maladie reparut dans le Voigtland, exerça de grands ravages à Plauen sur l'Elster, y revint en 1675 et y fut observée par Budœus (*consilium medicum*). En 1661, Willis observait en Angleterre une maladie (*de morbis convulsivis*) qui se rapproche des précédentes. En 1702, elle régnait dans tout le pays montueux et rempli de mines du côté de Freiberg, et en 1716, elle envahissait la Saxe et la Lusace supérieure. En 1717, Waldschmied l'observait dans le Holstein, et Müller, en 1741 et 1742, dans l'ancienne Marche.

Les descriptions que les auteurs donnent de ces diverses épidémies varient beaucoup. Comme il m'est impossible de les présenter toutes, et que cependant toutes offrent plus ou moins de rapports avec ce que nous observons à Paris, je vais me borner à analyser la description des deux observateurs les plus modernes.

Épidémie du Holstein, décrite par Waldschmied et Weffel. — La maladie commençait subitement, sans signes précurseurs, ménageait les jeunes gens et encore plus les vieillards. On vit à peine une seule mère de famille en être affectée. Elle débutait par des nausées avec pesanteur de tête et un sentiment de formication dans tout le corps, mais surtout dans les extrémités dont les mem-

bres se contractaient plus tôt ou plus tard par un spasme très-douloureux. Les doigts chez quelques-uns se fléchissaient si fortement que ce n'était qu'avec de grands efforts et de vives douleurs que les assistans parvenaient à les redresser. Chez quelques-uns la main se fléchissait sur l'avant-bras et celui-ci sur le bras; chez d'autres, les extrémités inférieures étaient dans le même état; et il y avait douleur et tuméfaction plus ou moins constante des membres contractés. Cet état revenait à des intervalles divers, deux, trois fois et plus par jour, et durait plusieurs heures. Alors les douleurs cessaient, quelques malades pouvaient même s'occuper de leurs affaires jusqu'à ce qu'il vînt un nouveau paroxysme.

Les symptômes variaient beaucoup selon les différens sujets. Quelques-uns se plaignaient de stupeur des membres; chez tous, les membres convulsés se tuméfiaient et souvent fortement. Entre les paroxysmes ils éprouvaient un sentiment de froid que le toucher démentait. Quelques-uns se plaignaient d'un flux de ventre continuel; chez un petit nombre, il survenait un peu de délire. L'un des symptômes les plus remarquables était le sentiment de fourmillement qui existait quelquefois partout le corps, à la face, dans les membres et surtout au dos des mains, sur lesquelles on distinguait, entre les paroxysmes, un mouvement très-rapide semblable à un tremblement des tissus sous-cutanés. Il y avait de la soif, mais sans chaleur, sans fièvre; l'insomnie était continuelle. Il survenait très-rarement des attaques d'épilepsie qui cédaient facilement, mais quelquefois se terminaient par la mort. La guérison se faisait souvent attendre, et dans la convalescence il y avait de fréquentes récidives.

Les pauvres gens de la campagne en étaient seuls affectés, et l'on n'a pas vu un seul habitant d'une ville où

une personne d'une fortune aisée en être attaquée. Elle n'envahissait pas toutes les maisons d'un même bourg, mais seulement quelques-unes dont elle frappait tous les habitans.

Quoique cette description de l'épidémie du Holstein ne puisse convenir exactement à celle de Paris, on reconnait néanmoins que quelques-uns des symptômes principaux sont communs aux deux affections.

Epidémie d'érythême convulsif de l'ancienne Marche, observée par Müller en 1741. — Cette affection, qui régna depuis l'époque de la moisson de 1741 jusqu'à la fin du printemps suivant, débutait par des lassitudes dans les membres avec sensation passagère, tantôt de chaud et tantôt de froid, des contractions spasmodiques des doigts et des orteils, affectant tantôt un muscle et tantôt un autre. Plus tard, tous ces symptômes s'aggravaient, et le malade était obligé de s'aliter; il survenait alors de la stupeur chez les uns, du délire chez les autres; une constriction de la poitrine causait une dyspnée avec suffocation imminente; embarras et souvent absence complète de la parole. Ces symptômes graves se compliquaient de très-fortes convulsions, dont les malades prévoyaient la violence par un sentiment de formication qui les précédait et se faisait sentir surtout aux pieds et aux mains. Souvent, aux convulsions des membres se joignaient aussi des spasmes des muscles de la face qui déterminaient des distorsions horribles. Il y avait cependant un certain nombre de malades qui offraient tous les autres symptômes, moins les spasmes de la face.

Souvent cette affection, dont la durée était quelquefois de plusieurs semaines, d'autres fois plus courte, s'accompagnait d'autres symptômes plus ou moins graves, tels que des coliques, des diarrhées, des vomissemens. Dans quelques cas les convulsions dégénéraient en attaques d'é-

pilepsie. Au déclin de la maladie, tous les symptômes perdaient de leur intensité et cédaient même complètement à l'apparition de sueurs abondantes, d'exanthêmes pourprés et scorbutiques. Chez quelques-uns, la rémission des symptômes n'avait lieu qu'après un temps très-long. Chez tous, le rétablissement des forces ne se faisait que lentement : la mort, lorsqu'elle avait lieu, ne venait qu'à la fin des accès épileptiformes, à moins que la maladie n'affectât une marche chronique, et alors les malades mouraient dans la consomption, après avoir enduré de longues et pénibles souffrances.

Cette maladie, quoiqu'elle n'épargnât aucun âge, attaquait plus fréquemment les enfans que les adultes: les paysans, les gens des dernières classes en furent seuls affectés. On a cité à peine un seul individu dans une classe un peu relevée qui en ait été pris. Dès le début de l'épidémie elle prit une forme très-aiguë et fit périr beaucoup de malades.

Telle fut l'épidémie observée et décrite par Muller; je pourrais en citer plusieurs autres qui, toutes, nous présenteraient les mêmes faits, à l'exception de quelques différences semblables à celles que nous observons entre celles dont nous venons de voir l'histoire.

Les opinions des auteurs sur la cause de cette affection doivent encore trouver place ici.

Les uns, dit Müller, l'attribuent au seigle ergoté; les autres veulent qu'elle soit l'effet du bled rouillé; mais lui-même, il croit que ces causes n'auraient pas suffi pour déterminer la maladie, et il y joint l'influence des agens extérieurs.

Valdschmied attribue celle qu'il a décrite à la température de l'année. L'hiver, dit-il, avait été long et froid; le commencement du printemps tempéré; mais il survint bientôt des pluies continuelles qui durèrent jusqu'au

milieu de l'été, et furent remplacées par un temps très-chaud et serein, interrompu seulement par quelques pluies. « C'est à cette variation de température, dit Valdschmied, qu'il faut attribuer l'épidémie; je ne veux pas cependant, continue-t-il, nier entièrement l'influence des alimens et des boissons; mais je ne puis attribuer cette cause à l'usage seul du seigle ergoté, car beaucoup sont tombés malades avant d'avoir fait usage du bled nouveau, dans lequel on prétend que le seigle ergoté est en grande quantité; beaucoup, au contraire, en ont mangé de grandes quantités sans en être affectés, et, dans ce moment même, la plupart de nos paysans s'en nourrissent sans aucun effet fâcheux. »

Vedel, qui a décrit l'épidémie de la Lusace supérieure et de la Saxe, de 1717, embrassant l'opinion répandue vulgairement dans les contrées où elle régnait, admet, parmi les causes qui peuvent la déterminer, l'usage d'un pain de mauvaise qualité, mal cuit, dont on fait usage surtout à l'époque de la moisson. Quelques personnes, dit-il, l'attribuent aussi au seigle ergoté.

Ainsi, loin d'être d'accord sur l'efficacité du seigle ergoté, considéré comme cause de l'ergotisme convulsif, ces auteurs citent des cas où cette maladie n'a pu reconnaître cette cause, et la cherchent dans d'autres circonstances.

Essayons maintenant d'établir quelques rapprochemens entre ces épidémies et celle qui règne maintenant à Paris.

1.° L'absence d'une cause identique, incontestée, reconnue manifestement, et la probabilité que ces diverses affections dépendent de grandes modifications subites, inappréciables pour nous, soit des agens que nous connaissons, soit, ce qui est plus probable, d'agens qui nous sont encore inconnus, mais dont l'action sur nous paraît

incontestable dans un grand nombre de faits qui ne peuvent être rapportés à aucun de ceux que nous connaissons, avec les propriétés que nous leur attribuons.

2.° Le caractère des maladies est le même : elles viennent épidémiquement, affectent surtout ce qu'on appelle le système nerveux, se compliquent de divers accidens des voies digestives, de quelques altérations des fonctions et de la couleur de la peau, ne prennent point une marche inflammatoire très-tranchée.

3.° Parmi les symptômes, les uns sont les mêmes, d'autres paraissent tout-à-fait différens. L'ergotisme de l'Allemagne était caractérisé surtout par des spasmes plus ou moins violens des muscles, des membres et même du tronc, ce qui l'a fait nommer ergotisme convulsif. C'est ici qu'il y a le moins de ressemblance; cependant il ne faut pas oublier qu'un certain nombre de nos malades ont présenté des soubresauts des tendons, des spasmes, des crampes des extrémités qui les gênaient beaucoup; le nombre de ceux chez lesquels j'ai trouvé ce symptôme peut être évalué au cinquième de ceux que j'ai observés. Ainsi, bien que les convulsions n'aient point été le symptôme dominant de l'affection régnante, comme de celles décrites par Muller, Valdschmied et autres, cependant elles ont été assez fréquentes pour qu'on ne les considère pas comme étrangères à cette épidémie.

4.° La durée paraît avoir été différente, mais comme ces auteurs ne rapportent pas d'observations de faits particuliers, et qu'ils ne donnent jamais que des résultats généraux, on ne peut juger de la durée de ces épidémies que d'après des données très-vagues : il paraît cependant que plusieurs de leurs malades ont traîné pendant long-temps; mais nous voyons, d'un autre côté, que la plupart de ceux qui sont tombés malades à Paris, dans les mois d'août et de septembre, ont guéri en très-peu de temps.

5.° La terminaison, dans quelques épidémies de l'ergotisme convulsif, a souvent été fâcheuse; mais il en est d'autres où la mort est arrivée très-rarement. Dans celle de Paris on n'a compté encore que quelques morts, et qui ont été plutôt l'effet des accidens de la maladie que de la maladie elle-même : ainsi, les spasmes, les soubresauts des tendons n'ont jamais été assez violens pour feindre des accès d'épilepsie, encore moins pour produire la mort.

Si, comme ces rapprochemens tendent à le prouver, il y a beaucoup de rapports entre les maladies appelées affections épidémiques convulsives par les auteurs qui en ont écrit l'histoire et l'épidémie qui règne à Paris, nous reconnaîtrons aussi qu'il y a de grandes différences; mais ces différences ne me paraissent pas tenir au caractère propre de la maladie.

S'il est vrai encore qu'il y a plus de différences entre celle de Paris et aucune autre qu'entre chacune de celles observées autrefois, nous devons faire attention aussi à la différence de temps, d'usages, de circonstances, etc., et reconnaître que les différences sont encore moindres du côté des symptômes. Prenons toute autre affection épidémique, et nous trouverons des différences souvent encore plus grandes. C'est ainsi que, dans certaines épidémies de pneumonie, de typhus, de rougeole, etc., on a souvent de la peine à retrouver les élémens primitifs de la maladie, embarrassés, obscurcis qu'ils sont par d'autres élémens ou par de simples modifications qui, dans ces cas, ne dépendent probablement que des circonstances au milieu desquelles on les observe : circonstances que nous n'apprécions presque jamais, parce que nos moyens d'analyse ne peuvent atteindre tout ce qui agit sur notre économie. Si certaines épidémies de variole sont tellement bénignes que la maladie se termine rarement par

la mort, tandis que dans d'autres épidémies le nombre des morts égale presque celui des malades, si, en un mot, la même maladie peut offrir de grandes variétés selon les diverses épidémies, dans sa marche, dans sa durée, dans sa terminaison, etc., il ne sera pas déraisonnable de considérer l'épidémie de Paris comme cause des formes de l'ergotisme convulsif modifié, avec lequel la colique végétale a de grands rapports, ce que la longueur de cet article ne me permet pas de prouver ici de nouveau.

Traitement. — C'est envain que je voudrais parler de tous les moyens qui ont été employés pour combattre, soit la maladie elle-même, soit les accidens qui en dépendent. Je vais me borner à citer les principales médications, en faisant connaître les effets qu'elles ont produits.

Antiphlogistiques. — Les saignées générales n'ont eu aucun effet sur la marche de l'affection, mais il faut dire qu'elles ont rarement été portées très-loin. Les saignées locales par les sangsues et les ventouses appliquées sur la colonne vertébrale n'ont pas été suivies d'une amélioration franche et certaine, bien que tentées chez un assez grand nombre de sujets. Chez quelques-uns, les sangsues appliquées sur les bords des pieds, qui étaient érythémateux, ont fait disparaître l'érythème mais non l'engourdissement, le fourmillement et les élancemens dont ils étaient le siége. Appliquées sur l'abdomen, elles n'ont fait cesser ni les coliques, ni le dévoiement. Je n'ai pas vu faire usage des antiphlogistiques actifs contre l'affection des yeux, qui, dans la plupart des cas, était trop peu importante pour nécessiter leur emploi. Les bains simples ont été administrés très-souvent, et si, dans ces cas, ils ont agi, ils l'ont fait si lentement, que la maladie, lorsqu'elle a cédé, a paru le faire plutôt au temps qu'à leur usage. Les cataplasmes émolliens, appliqués sur

la plante des pieds, ont fait disparaître en peu de temps l'érythème primitif, c'est-à-dire celui qui survient dès le début; mais ils ont été sans effet sur celui qui résulte de la desquammation de l'épiderme; employés contre le fourmillement et les élancemens, ils ont paru, dans quelques cas, les faire diminuer beaucoup et momentanément; d'autres fois ils ont semblé les augmenter; souvent ils n'ont rien fait. Les boissons émollientes ont été également sans effet sur les dérangemens graves des voies digestives.

Narcotiques. — L'opium a été administré seul ou combiné : seul, il a souvent procuré aux malades le repos, que leur enlevaient des douleurs atroces des pieds et des mains ou des membres. Il a eu peu d'effet sur les coliques et sur la diarrhée qui, dans les cas graves, persistait malgré son emploi administré en combinaison avec diverses substances, telles que les antispasmodiques, les antipériodiques, les excitans; il n'a produit aucun effet remarquable ainsi que la belladone, l'extrait de noix vomique, l'assa fœtida, la valériane, portés à des doses souvent très-élevées..

Purgatifs. — Ils ont eu des effets très-variés. L'émétique, administré à haute dose par M. le professeur Récamier, n'a déterminé aucun changement dans l'état des malades; mais il est bon de remarquer que ceux qui ont été soumis à ce traitement n'éprouvaient plus, ou n'avaient éprouvé aucun dérangement des fonctions digestives. Le calomel, donné à des doses assez élevées chez des malades placés dans les mêmes circonstances, non-seulement n'a pas fait de mal, mais même a paru procurer du soulagement. Le traitement dit de la Charité pour la colique de plomb, employé à la Charité par MM. Lherminier et Andral, a été toléré dans quelques cas, mais sans effet avantageux bien marqué, et dans d'autres,

a occasionné des accidens assez graves qui ont forcé à le suspendre. Un médecin anglais, ayant cru voir dans cette affection le choléra morbus des Indes, engagea un médecin des hôpitaux à employer les purgatifs comme on le fait aux Indes : quoique je n'aie pu suivre jour par jour les malades sur lesquels cette médication a été tentée, je sais qu'elle fut bientôt abandonnée. Il est même bon de faire remarquer ici que l'un des malades chez lesquels ces moyens ont été employés avec le plus de persévérance est le nommé Rouillon, dont j'ai parlé à l'occasion de l'anatomie pathologique. Loin de moi cependant l'idée de rattacher à la médication suivie dans ce cas l'état des gros intestins trouvé à la mort : c'est un simple rapprochement que l'on pourra peut-être renouveler ailleurs.

Bains sulfureux. — A la Charité, ces bains, administrés par MM. les professeurs Chomel et Cayol, n'ont produit aucune amélioration dès le commencement, mais il paraît que depuis ils ont eu plus de succès. On assure qu'ils ont toujours réussi à l'hôpital St.-Louis, où ils ont fait la base du traitement de tous les malades qui y ont été reçus; mais après avoir vu les mêmes bains employés avec persévérance durant plusieurs mois à la Charité sans effet avantageux, il nous est permis de révoquer le fait en doute, ou de croire que les sujets guéris si facilement à l'hôpital St.-Louis sont du nombre de ceux que l'on a vu, dans les derniers mois, guérir dans les autres hôpitaux et dans les casernes sous l'influence de moyens trop variés et souvent trop insignifians pour que l'on considère la guérison comme en étant le résultat.

Bains de vapeur simples. — Employés par beaucoup de malades et dès le début de l'épidémie, ces bains n'ont pas produit d'amélioration.

Bains de vapeurs aromatiques. — Ils ont produit des effets avantageux dans quelques cas; dans d'autres ils ont été inutiles.

Toniques. — Chez quelques malades l'affection ayant présenté une forme à-peu-près périodique, dans l'incertitude où l'on était sur sa nature, on tenta l'administration du sulfate de quinine, qui, chez un malade des salles de M. Cayol, fut donné jusqu'à la dose de 45 grains par jour, sans changer l'heure et sans diminuer l'abondance des transpirations qui revenaient chaque jour à la même heure.

Moxas. — Chez un malade de l'hospice de Marie-Thérèse, quatre moxas, appliqués le long de la colonne vertébrale, n'ont eu aucun bon effet; chez d'autres malades il en a été de même d'un moindre nombre et des sinapismes qui ont souvent augmenté les douleurs.

Vésicatoires. — J'ai laissé en dernier lieu à parler des vésicatoires, parce que c'est le moyen qui m'a paru avoir produit le plus d'effets avantageux. Je ne veux pas dire que, dans tous les cas où les vésicatoires ont été employés, la guérison a été le résultat de leur application. Loin de là; chez beaucoup de malades ils n'ont rien changé à leur état; chez quelques-uns ils l'ont aggravé; mais chez un nombre assez notable la guérison est survenue avec des circonstances qui ne permettent pas de douter de l'efficacité du moyen. C'est à bien distinguer les circonstances où ils ont été utiles de celles où ils n'ont pas produit d'effet avantageux que je vais ici m'appliquer.

Parmi les diverses formes de la maladie dont j'ai cherché à présenter des exemples dans les observations rapportées, l'une des plus importantes a été oubliée par erreur de rédaction, ainsi que je l'ai déjà dit. En effet, chez la plupart des malades, les douleurs caractérisées par des élancemens avec engourdissement n'occupent que les pieds et les mains, ne dépassant pas les malléoles ni le poignet. Tel est le cas le plus fréquent; mais chez quelques autres, l'engourdissement, le picotement, les

fourmillemens, les élancemens n'occupent pas seulement ces parties, ils se font sentir dans le trajet des membres, aux parois de l'abdomen, aux environs des grandes articulations, au cuir chevelu. Chez les premiers, c'est-à-dire chez ceux dont l'affection est bornée aux pieds et aux mains, les vésicatoires n'ont eu aucun bon effet, quoique j'en aie vu appliquer jusqu'à six et huit sur plusieurs malades, et en moindre nombre chez beaucoup, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à la Charité. Je n'ai vu qu'un seul malade, dans ces circonstances, en éprouver de l'amélioration. Chez les autres, c'est-à-dire chez ceux dont les douleurs n'étaient pas bornées aux pieds et aux mains, mais s'étendaient à diverses autres parties du corps, les douleurs ont disparu en très peu de jours, et sous l'influence seulement des vésicatoires qui, dans ces cas, ont été appliqués de deux manières, ou sur la colonne vertébrale, ou sur les parties douloureuses.

Je sais qu'on pourrait mettre en doute l'identité de la maladie dans les deux cas, et considérer comme une affection rhumatismale simple celle où les vésicatoires ont réussi : je ne crois pas pouvoir mieux résoudre cette difficulté qu'en donnant une analyse rapide de quelques-uns de ces faits.

Obs. I.re — *Œdème des pieds et des mains, engourdissement des mêmes parties, puis de tout le corps avec fourmillemens et élancemens. — Application de six vésicatoires. — Guérison.* — Delaunay G.on, marchand de vin, âgé de 27 ans, quartier des Lombards, est pris sans cause connue, au commencement d'août, d'un œdème qui occupe les mains et les pieds, mais non la face, sans aucun dérangement des fonctions digestives, et en même temps d'un engourdissement avec des fourmillemens douloureux aux pieds et aux mains, et un léger picotement aux yeux. Au bout de quinze jours, cet engourdissement

s'étend à toute la surface du corps, et y détermine des douleurs lancinantes très-fortes, qui se font sentir surtout aux parois abdominales, aux cuisses et dans les régions inguinales ; il y a en même temps des sueurs très-abondantes chaque nuit. Le malade, entré à la Charité le 2 septembre, présentait les symptômes déjà indiqués, sans dérangement des fonctions digestives et sans coloration à la peau. Les jours suivans les vésicatoires sont appliqués sur l'abdomen, les jambes et les cuisses, et en peu de jours les élancemens et l'engourdissement cessent par tout le corps excepté autour des vésicatoires où ils sont très-forts. Ces douleurs bornées aux environs des vésicatoires et au cuir-chevelu, furent en diminuant jusqu'au 18 septembre, époque à laquelle le malade ne se plaignait plus que d'un léger engourdissement dans les mêmes parties avec faiblesse dans les pieds et dans les mains, et serait sorti de l'hôpital s'il n'y eût été retenu jusqu'au 10 octobre par un catarrhe pulmonaire aigu.

Obs. IIme — *Engourdissement, élancemens dans les membres ; au bout d'un mois, dérangement des voies digestives, soubresauts des tendons. —Vésicatoire appliqué sur la colonne vertébrale. — Guérison.* — Rousseau, serrurier, âgé de 44 ans, rue du Bac, n.° 125, rarement bien portant, est pris, au commencement de juin, de douleurs dans les pieds, les jambes et les bras avec engourdissement de la peau de ces parties; les douleurs sont plus fortes à certaines heures de la journée, et le soir surtout s'accompagnent de soubresauts des tendons. Après un mois de cet état, il lui survient de l'anorexie, des vomissemens et de la diarrhée; un émétique fait disparaître ces symptômes, mais non les douleurs qui vont en augmentant et forcent le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madelaine, n.° 30, le 1.er octobre,

présentant les symptômes précédens, mais sans coloration de la peau, sans trace d'ophthalmie, sans sueurs générales ni locales. Le lendemain de son entrée, un large vésicatoire est appliqué sur les vertèbres lombaires, et détermine de très-fortes douleurs dans cette partie, mais fait cesser les autres, et au bout de huit jours, le malade sort sans douleurs, mais avec un peu d'engourdissement et beaucoup de faiblesse.

Il me serait facile de joindre à ces deux observations plusieurs autres faits mieux caractérisés que le second, qui est le seul pour lequel j'aie eu quelque doute sur le caractère de l'affection et dont les sujets ont été soulagés immédiatement, et guéris en peu de temps par l'application de vésicatoires; mais la nature de ce travail ne me permet pas de l'étendre davantage. Cependant, je ferai remarquer que ces cas ne sont pas les seuls dans lesquels les vésicatoires ont déterminé, dans les points où ils ont été appliqués, de plus fortes douleurs qu'à l'ordinaire. Presque tous les malades auxquels on a appliqué des vésicatoires, quel que fût le siége des douleurs et quel qu'ait été le résultat de cette médication, ont dit ressentir autour des vésicatoires, long-temps même après leur application, des douleurs plus vives que celles qu'ils produisent ordinairement.

Je ne terminerai pas sans dire quelques mots sur l'état actuel de l'épidémie : depuis le mois de septembre et d'octobre, le nombre des malades a été continuellement en diminuant. Cependant quelques personnes en ont encore été prises vers le milieu de l'hiver. Le dernier malade que j'ai vu entrer à l'Hôtel-Dieu pour cette affection, ne l'éprouvait que depuis le commencement de janvier 1829; mais plusieurs de ceux qui en ont été affectés dans les premiers temps ou sont encore dans l'impossibilité de marcher, ou éprouvent de temps en

temps de nouvelles atteintes. Pendant les froids de janvier et de février, beaucoup se sont plaints à plusieurs reprises du renouvellement des picotemens et des douleurs des extrémités.

Il paraît certain que cette maladie a régné épidémiquement aussi à Troyes, à Meaux, et dans plusieurs autres lieux.

La manière dont elle a sévi à la caserne de l'Oursine est si remarquable, elle offre des circonstances si précises, et des effets si simples, si débarrassés de complications que je ne crois pouvoir mieux faire que de donner ici, en terminant, une partie des renseignemens que je dois à l'obligeance de M. Miramont, chirurgien aide-major du 64ᵉ régiment de ligne.

Jusqu'au 3 septembre, la maladie épidémique n'avait pas encore pénétré dans la caserne de l'Oursine; mais le 4, au matin, une trentaine d'hommes s'en trouvèrent atteints, et les jours suivans, ce nombre fut en augmentant au point que sur neuf cents hommes, soixante et quinze en furent pris dans l'espace de quinze jours, et que l'on fut obligé, pour continuer le service, d'y employer de jeunes recrues récemment arrivés au régiment.

Les symptômes les plus communs étaient le dégoût pour les alimens, la diarrhée, les vomissemens, l'œdème des membres et du tronc, l'engourdissement des extrémités avec des fourmillemens douloureux ou non, une légère ophthalmie, des éruptions érythémateuse et phlycténoïde, la desquammation des pieds et des mains, des sueurs locales et générales. Aucun des malades n'a présenté la coloration de l'épiderme en brun; deux ou trois seulement ont été assez gravement affectés pour être envoyés à l'hôpital, les autres ont été traités dans la caserne même par des frictions d'eau acidulée, d'eau-

de-vie camphrée, et ne prirent pour aliment que de la soupe à l'oseille qu'ils trouvaient bonne. C'est en revenant de monter la garde que les soldats étaient pris des premiers symptômes de la maladie : chaque jour, des hommes, qui la veille étaient partis bien portans pour aller monter la garde, revenaient en traînards derrière leur poste.

Vers le 24 ou le 25 de septembre, il ne restait plus d'autres traces de l'épidémie qu'un peu d'engourdissement chez quelques-uns, et une faiblesse des articulations remarquable chez presque tous.

La disposition des bâtimens de cette caserne en fait l'une des plus belles et des plus saines de la capitale; c'est dans la salle la plus aérée qui présente sur plusieurs de ses côtés de larges fenêtres d'où la vue s'étend au loin sur la campagne, qu'il y a eu le plus de malades gravement affectés, et ces derniers ont été généralement des hommes habitués à divers excès.

On a fait en vain beaucoup de recherches sur ce qui a déterminé l'invasion tardive de cette caserne par l'épidémie lorsque les autres en étaient débarrassées. La 5e compagnie du 3.e bataillon du 64e de ligne, qui avait passé le 1er septembre de la caserne de l'Oursine à celle de la rue du Foin, qui est mal-saine et mal disposée, n'a pas eu un seul malade; tandis que la 5e du 1er bataillon du même régiment, qui le même jour était venue de la caserne de la rue du Foin à celle de l'Oursine, compta beaucoup de malades dès le 4 septembre.

On pourrait presque conclure de ce fait que la cause quelle qu'elle soit, n'a agi comme cause que dans l'intervalle de ce déplacement au début de la maladie.

Tandis qu'aucun des malades de l'Oursine ne présentait de coloration de l'épiderme en brun, le contraire avait lieu à la prison militaire de Montaigu; tous les malades, qui y ont été en assez grand nombre, ont offert

cette altération de l'épiderme que je crois avoir fait suffisamment connaître.

A l'instant où j'allais remettre la dernière épreuve de cet article à l'imprimeur, j'apprends de M. Perrot, mon ami, géographe très-distingué, qui fait des observations très-suivies et très-exactes sur cette affection, qu'elle vient d'exercer de nouveaux ravages parmi les soldats qui sont rentrés à la caserne de la Courtille depuis l'achèvement des réparations dont j'ai parlé. C'est le 8 mars qu'elle a commencé à s'y manifester, et le 12 les autorités militaires l'ont fait évacuer entièrement. Durant cet intervalle de quatre jours, 200 hommes environ sur 500 en ont été pris, et avec ces circonstances particulières que les symptômes sont survenus subitement et avec beaucoup de gravité, accompagnés chez un grand nombre de vomissemens de sang et d'une extinction de voix, et que la maladie ne s'est montrée cette fois que dans la partie de la caserne qui en 1828 n'avait fourni aucun malade.

Considérations cliniques sur la variole; par A. Bosc, *interne des hôpitaux.*

En publiant ces considérations sur la variole, j'ai eu pour but d'attirer l'attention sur quelques points très-importans et encore peu connus de cette maladie. Placé comme interne dans un hôpital où l'on reçoit tous les ans un grand nombre de variolés, et dans le service d'un médecin qui l'un des premiers a mis en usage la méthode ectrotique, j'ai pu former mon jugement sur les inconvéniens de ce mode thérapeutique (1).

(1) Mais qu'il me soit permis avant tout d'adresser des remercie-mens à M. Serres pour la bienveillance qu'il m'a témoignée en me

Dans la première partie de mon mémoire je parlerai de quelques terminaisons peu communes de la variole, et de quelques observations que j'ai pu faire sur la méthode ectrotique; et la deuxième aura pour but de faire connaître diverses lésions qui s'observent sur les yeux des variolés, et les résultats obtenus par la cautérisation pratiquée sur ces organes.

Terminaisons peu communes de la variole. — Les pustules varioliques guérissent le plus ordinairement par dessiccation, c'est-à-dire qu'après leur rupture le pus qu'elles contiennent, s'écoule, les enveloppes se flétrissent et tombent en écailles. Mais dans quelques cas, il y a double suppuration; ainsi, les boutons s'étant déchirés, le pus se dessèche à la surface de la peau, forme des croûtes qui sont elles-mêmes soulevées par une nouvelle suppuration; et ces phénomènes ne se présentent pas toujours dans les varioles de mauvais caractère. Un individu qui se trouvait, il y a peu de temps, dans les salles de la Pitié, était un exemple de variole terminée par double suppuration, bien que l'éruption ait suivi ses deux premières périodes avec beaucoup de régularité. Il ne faudrait pas confondre ce mode de terminaison avec ce qui s'observe chez les personnes qui ont la peau dure et résistante. Chez elles le pus est quelquefois retenu sous les croûtes, comme on le voit dans les pustules qui surviennent dans la paume des mains où elles s'ouvrent difficilement.

Dans quelques cas plus rares, moins cependant qu'on ne serait tenté de le croire d'après le silence que les auteurs ont gardé sur ce mode de terminaison, la variole avorte, et voici ce qui se passe : lorsque les vésicules

permettant de prendre dans ses cartons les faits relatifs à la variole qui pourraient m'être utiles pour donner plus d'intérêt à mon travail.

varioliques commencent à se changer en pustules par la production de pus dans leur intérieur, la suppuration s'arrête au lieu d'augmenter et de produire la rupture des pustules pour donner écoulement au pus; les parties les plus liquides semblent être résorbées; les pustules restées intactes, ne s'ouvrent pas, mais contiennent, à la place du pus, une matière solide, d'un jaune-brunâtre qui paraît n'être que le pus desséché, concrété. Ce petit corps, de même forme que la pustule qui lui a donné naissance, est couvert d'une couche épidermique, et en est séparé à une certaine époque par un peu de sérosité transparente, visible seulement lorsqu'on a détruit l'enveloppe épidermique. Plus tard survient la desquammation.

Quelques praticiens semblent avoir cherché à imiter cet avortement naturel des pustules par l'emploi de divers moyens. Sydenham se propose d'atteindre ce but, lorsqu'il expose ses variolés au froid; d'autres pensent y arriver par de nombreuses applications de sangsues. Un des moyens qui a fait le plus de bruit dans ces derniers temps, est, sans contredit, la méthode ectrotique, qui, blâmée par les uns, vantée par les autres, peut-être de part et d'autre avec exagération, semble avoir donné des résultats assez divers pour laisser les praticiens en suspens.

Deux objections principales ont été faites à la méthode ectrotique : 1.° la cautérisation, en arrêtant le développement des pustules varioliques, détermine des accidens graves vers les viscères par le transport de la matière morbifique du dehors au dedans; 2.° pratiquée sur un grand nombre de boutons, elle est suivie d'une réaction inflammatoire qui peut déterminer des congestions encéphaliques au lieu de les prévenir.

Mais est-on bien sûr de n'avoir pu rapporter à autre

cause, que la cautérisation, les symptômes graves qui se sont manifestés à la suite de son emploi ; et les nombreux boutons qui, répandus sur les membres et le tronc, n'ont pas été cautérisés, ne sont-ils pas plus que suffisans pour faire révulsion. En outre, si on pratique la cautérisation au cou, sur le visage, au quatrième jour de l'éruption d'une variole confluente, époque où la tuméfaction est déjà générale, voici ce qu'on remarque : il se manifeste de la douleur, elle va en augmentant, puis elle diminue, et en même temps la tuméfaction disparaît avec une promptitude bien remarquable, et qui pourrait faire craindre une métastase, si l'expérience n'avait appris qu'elle n'a aucune suite fâcheuse, que cet état est local. Après 10, 12 heures, la face se boursoufle de nouveau, mais bien moins qu'avant la cautérisation ; si celle-ci a été faite sur un grand nombre de boutons, et si, par prudence, on veut s'opposer au retour de la tuméfaction, on y parvient presque toujours avec succès par une application de quelques sangsues au cou, et cette application doit être faite quelques heures après la cautérisation. Dans la marche ordinaire de la variole, le gonflement va toujours en augmentant jusqu'à l'époque de la suppuration, tandis que celui qui est artificiellement produit disparaît après 20 ou 30 heures.

Les deux observations qui suivent ont rapport aux deux modes de terminaison peu communs de la variole, dont j'ai parlé plus haut.

Obs. I.re — *Variole confluente, double suppuration.* — 23 ans, non vacciné, traité quelque temps avant sa dernière entrée à la Pitié, pour des tubercules pulmonaires avec caverne. Cependant constitution non détériorée.

Le 23 octobre 1827, il se représente à l'hôpital, accusant un mal-aise général, des douleurs à la gorge. Quel-

ques taches rouges apparaissent sur la peau, quelques-unes sont déjà remplacées par des vésicules. La variole, qui paraît devoir être discrète, devient semi-confluente. L'état de la poitrine du malade donne des craintes ; cependant les pustules se développent régulièrement. Beaucoup sont ombiliquées et présentent dans leur étendue diverses zones excentriques ; elles sont entourées d'une aréole d'un beau rouge. L'époque de suppuration était passée, et n'avait donné lieu à aucun symptôme inquiétant ; mais à la période de dessiccation, il se manifeste du délire, la face qui s'était détuméfiée, s'enfle de nouveau ; l'espace qui sépare les croûtes pustuleuses, devient rouge, une nouvelle suppuration survient, suit la période de suppuration ordinaire, si ce n'est qu'elle a lieu sur de plus grandes surfaces. Les symptômes encéphaliques sont avantageusement combattus par des sangsues au cou, et par l'application de cataplasmes sinapisés aux jambes. Enfin, le 36e jour, à dater de l'éruption, la desquammation arrive. Aujourd'hui l'état du malade est très-satisfaisant, il ne tousse pas, sa respiration est libre.

Ne doit-on pas attribuer à la forte dérivation exercée sur la peau par cette suppuration, la non manifestation d'accidens graves dans les viscères et spécialement dans les poumons ?

Obs. II.e — *Variole confluente, avortement naturel des pustules.* — Mackemberger, âgé de 22 ans, fortement constitué, non vacciné, après quelques jours de mal-aise, de symptômes de gastro-entérite, combattus avantageusement par l'application de 40 sangsues à l'épigastre, entra à la Pitié au deuxième jour d'une éruption de variole confluente. Voici l'état où il se trouvait. Angine légère, seul phénomène morbide fourni par les organes intérieurs. La face et les membres sont couverts de petits

boutons confluens, irréguliers, non ombiliqués pour la plupart, encore tout solides, légèrement transparens au sommet. La face est tuméfiée. Les jours suivans, les boutons augmentent de volume, ils se touchent, ont une couleur vineuse, ne sont pas entourés d'aréole. Quelques pustules développées sur les paupières tuméfiées, sont cautérisées; le lendemain elles ont disparu, et avec elles l'œdème. Malgré la disposition des boutons, l'état général est toujours bon. Quelques sangsues et des scarifications sont employées pour détuméfier le cou. Au cinquième jour de l'éruption, les pustules, au lieu d'augmenter, de se déchirer pour donner issue au pus, restent intactes, la tuméfaction se dissipe, la suppuration s'arrête, les parties les plus liquides sont résorbées, et sous une pellicule épidermique se trouve une masse globuleuse, ayant la même forme que le bouton, mais solide, jaunâtre, et qu'on détache facilement, sans douleur pour le malade. Ce mode de guérison se maintient, la desquammation survient, et cette maladie, qui paraissait devoir être très-grave, se termine heureusement en quelques jours.

Dans les deux observations qui viennent d'être rapportées, on voit que la guérison est survenue différemment. Peut-on en tirer quelque induction thérapeutique, et doit-on chercher à faire avorter les pustules, ou bien doit-on entretenir une forte excitation à l'extérieur? La question est difficile à résoudre; mais qui ne voit la différence qui existe dans la constitution de ces deux individus.

Maladies des yeux dans la variole. — Dans la variole les yeux peuvent être le siége de plusieurs altérations: 1.° ramollissement primitif de la cornée, ramollissement qui s'étend en profondeur sans former d'ulcérations. 2.° Ramollissement ou pustules suivies d'ulcération.

Dans le premier cas, la cornée perd son brillant dans une étendue plus ou moins considérable; elle devient d'un jaune noirâtre, sa surface est chagrinée, tremblée, humide; cet état semble stationnaire, cependant la maladie gagne les couches profondes de la cornée, et ces derniers phénomènes ne sont manifestés que par l'issue des humeurs de l'œil. Dans quelques cas heureux, le ramollissemens se borne aux couches superficielles, qui disparaissent et sont remplacées par une espèce de cicatrice qui offre une coulenr d'un blanc mat et qu'il ne faut pas confondre avec la couleur blanche des taies; ou bien une substance plastique étant déposée dans ses interstices, elle s'y organise, ce qui constitue la taie, l'albugo.

D'autres fois, le ramollissement est circonscrit, il semble que les parties sont enlevées à mesure qu'elles se ramollissent, car on voit une excavation dont le fond est inégal, chagriné; ou bien l'ulcération est précédée de pustules dont les plus grosses ont rarement plus du volume d'un grain de froment. Ces pustules ont un aspect blanchâtre, dû probablement au pus qu'elles contiennent, aspect qui disparaît promptement, et à leur place on trouve une excavation dont le fond est lisse, ce qui les distingue des ulcérations dues au ramollissement primitif; mais quelque temps après la rupture de la pustule, si la guérison ne tend pas à s'opérer, l'inflammation qui existe en détermine le ramollissement, ce qui leur donne l'aspect rugueux indiqué plus haut.

Les pustules qui se développent sur les paupières sont, le plus fréquemment, placées en dedans des cils, et plus nombreuses à la paupière inférieure qu'à la supérieure. Dans tous les cas, elles en déterminent le gonflement œdémateux, d'où résulte l'occlusion momentanée de l'œil.

Le siége le plus ordinaire des pustules de l'œil est assez

remarquable; elles sont plus souvent situées au-dessous qu'au dessus de son diamètre transverse, et l'explication de ce phénomène peut être assez facilement donnée par l'observation de ce qui se passe hors de leur développement. Presque toujours il se forme des pustules sur le bord libre des paupières avant qu'il n'en apparaisse sur le globe de l'œil; rarement on observe des phénomènes inverses. Mais la présence des pustules sur les paupières détermine leur tuméfaction; la supérieure, en s'abaissant, couvre toujours l'inférieure, et force, pour ainsi dire, les boutons à s'appliquer contre le globe de l'œil, où ils semblent inoculer la matière variolique. On voit, d'après cela, combien il est important d'arrêter le développement des pustules qui se forment sur les paupières. On y parvient, d'une manière assez certaine, par l'emploi de la cautérisation, et l'on voit en vingt-quatre heures les pustules cautérisées se flétrir, la tuméfaction qui les accompagne disparaître, et les yeux, auparavant fermés, rester ouverts. Cependant, la cautérisation ne réussit pas toujours, et la perte de la vue, qu'on n'a pu prévenir dans ces cas, paraît tenir moins à la cautérisation qu'à l'époque tardive où elle a été employée, et peut-être à certaines dispositions individuelles difficiles à déterminer.

A l'appui de ces considérations, je vais citer quelques observations de variole, relatives seulement à l'état des yeux. J'aurais pu les multiplier davantage, mais à quoi bon? J'aurai soin, d'ailleurs, de citer les insuccès comme les succès. Chacun a pu voir un plus ou moins grand nombre de cas où la perte de la vue a été le résultat de pustules varioliques développées sur les yeux : aussi je ne crois pas nécessaire de rapporter des observations sur ce sujet.

Obs. I.re — Variole confluente, ulcération de l'œil gauche, cautérisation, perte de l'œil. — Dix-sept ans,

bien réglée. Après trois jours de fièvre, éruption de la variole. Les paupières sont tuméfiées et cachent le globe de l'œil. La supérieure couvre l'inférieure. Renversées en dehors, on voit, sur le cartilage tarse de l'une et de l'autre, quelques pustules peu développées; on les cautérise, et le lendemain la tuméfaction a disparu. Le globe de l'œil ne présente aucun bouton. Cependant, soit que le travail morbide qui se préparait ait échappé à l'attention, soit qu'il se soit établi très-rapidement, toujours est-il que, quarante-huit heures après la première cautérisation, on vit, à la partie moyenne et inférieure de la cornée, une petite dépression ronde, lisse, très-régulière, un peu plus volumineuse qu'un grain de millet. La conjonctive palpébrale présente, au point qui correspond à l'ulcération décrite, un assez gros bouton dont le sommet est blanchâtre et la base rouge et enflammée. Cautérisation profonde de la pustule de la conjonctive, cautérisation légère de celle de l'œil. Le lendemain, la première a presque entièrement disparu; celle de la cornée semble stationnaire; mais les jours suivans elle s'étend, l'excavation devient plus profonde, une escarrhe blanchâtre est dans son centre et paraît ne pas changer, pendant que tout autour la cornée se creuse. Nouvelle cautérisation, développement de nouvelles ulcérations autour de la première. La vue se trouble, la conjonctive se boursouffle, elle est rouge, douloureuse, et l'œil se vide.

Bien que la cautérisation échoue dans ce cas, on voit que d'abord elle détermine la détuméfaction des paupières, et semble retarder la marche vers une terminaison funeste des ulcérations de l'œil.

II.° — *Cautérisation tardive, perte de l'œil.* — Pustules sur la paupière inférieure, et sur la partie inférieure et externe de la cornée, dans un point correspondant à la pustule de la paupière qui était tuméfiée. Lorsque la

cautérisation fut pratiquée, l'ulcération était profonde, son fond ramolli. La perte de l'œil ne fut pas prévenue.

III.e — *Cautérisation tardive, perte de l'œil.* — Chez une autre malade, la cautérisation d'une ulcération de la cornée transparente tardivement pratiquée, à cause du gonflement des yeux, n'eut pas de succès; l'ulcère grandit, creuse, et l'œil se vide.

IV.e — *Cautérisation tardive, guérison avec taie.* — Douleur des yeux sans rougeur, pustules sur les paupières tuméfiées et sur la partie inférieure et externe de la cornée. Cautérisation le quatrième jour; le lendemain, diminution du gonflement des paupières, la malade ouvre les paupières. Cependant le mieux n'est qu'apparent, car le troisième jour après la cautérisation, les accidens reparaissent, la vue se trouble, une taie se manifeste.

V.e — Ulcération de la partie inférieure des deux cornées. Cautérisation. Guérison avec cicatrice apparente sur l'un des yeux.

VI.e — Boursoufflement de l'angle externe de chaque œil, dû à une infiltration de sérosité. Pustules au bord libre de chaque paupière inférieure. Cautérisation. Le lendemain, disparition des boutons et de l'infiltration séreuse. Trois jours après, nouvelle apparition d'un bouton sur la paupière inférieure et sur la cornée dans un point correspondant. Cautérisation, guérison avec persistance d'une petite dépression.

VII.e — Boutons varioliques sur les paupières et les yeux. Cautérisation répétée quatre fois sur un œil, suivie de succès. L'autre œil n'a pas été cautérisé, et la vue a été perdue par issue des humeurs.

VIII.e — Pustules sur le bord libre des deux paupières, avec tuméfaction de ces parties. Cautérisation. Le lendemain, diminution notable de l'œdème, les yeux peuvent être ouverts. Les pustules disparaissent complètement les jours suivans.

IXe — Boutons sur le bord libre des deux paupières. Cautérisation suivie de succès. Trois jours après, apparition de pustules sur la cornée. Cautérisation. Guérison complète.

X.^e — Au cinquième jour de l'éruption d'une variole confluente, tuméfaction de l'œil gauche. La conjonctive oculaire, boursoufflée, fait une saillie considérable. L'excision du bourrelet donne issue à de la sérosité et est suivie de la guérison. Pas de boutons, apparens du moins.

XIe — Cautérisation pratiquée à trois reprises sur une triple éruption de boutons sur les paupières et les yeux. Guérison complète.

XIIe — Cautérisation de trois boutons siégeant sur le bord libre de la paupière inférieure. Quarante-huit heures après, l'œil est revenu à son état normal. Apparition de nouveaux phénomènes inflammatoires. Cautérisation d'une petite ulcération qu'on aperçoit sur le globe de l'œil. Guérison.

XIIIe — *Ulcération avec hernie de l'iris, cautérisation, guérison.* — Non vaccinée. Entrée à la Pitié au troisième jour de l'éruption d'une variole confluente. Les paupières étaient tuméfiées et couvertes, sur le bord libre, de pustules qui furent cautérisées. Deux jours après, les yeux purent être examinés. La cornée du côté droit présentait une petite ulcération qui fut cautérisée, mais le fond creusait toujours, et bientôt un petit corps noir avec déformation de la pupille apparut dans la plaie. C'était l'iris hernié. Une lumière ayant été approchée de l'œil dans le but de l'examiner avec plus de soin, sa vive clarté occasionna la contraction de l'iris et fut suivie de la rentrée de la hernie. Plusieurs cautérisations furent faites à diverses reprises, et la guérison eut lieu; mais l'iris conserva une légère déformation.

Observation d'un tétanos traité avec succès par la méthode rationnelle; par M. Guines, *médecin.*

Dans les maladies où la médecine méthodique et raisonnée est souvent impuissante, l'empirisme peut retrouver un instant ses droits; mais il ne doit jamais s'isoler de l'appui d'une doctrine quelconque. Je pourrais citer une foule d'observations publiées dans les Journaux, qui ne peuvant être rattachées à aucune théorie, sont perdues pour la science. Parmi celles qui se présentent à ma mémoire, ou que j'ai sous les yeux, j'en choisirai une qui est toute récente, et qui se lie naturellement à mon sujet; c'est l'exemple d'un tétanos guéri par l'arsenic.

Cette guérison est un fait, mais un fait stérile en conséquences ; car l'esprit ne peut apercevoir aucune affinité, aucun rapport prochain ou médiat entre l'état des organes à modifier, et l'action commune ou présumée de l'agent modificateur employé. Cependant comme les observations de ce genre intéressent par leur singularité, séduisent par le succès qu'elles proclament, il est bon de leur opposer les résultats que l'on peut espérer de l'application simple, naturelle, mais judicieuse des moyens ordinaires et connus.

Le nommé Queille (Jean), fils d'un cultivateur, âgé de 13 ans, doué d'une bonne constitution, et d'une intelligence supérieure à son âge et à sa position, se trouve pris le 21 novembre dernier d'un léger serrement de mâchoires : cet état causa si peu d'inquiétude à l'enfant et à ses parens, que le 22 il alla aux champs garder son troupeau. Le serrement de mâchoires augmenta ; mais d'une manière peu sensible. Le 23, cet état persiste, le

malade éprouve une contraction subite et violente des muscles crotaphytes et masséters ; les mâchoires restent rapprochées, le trismus est complet : la nuit seulement, il se déclare un spasme presque général et une oppression qui effraye les parens.

Le 24, je suis appelé pour la première fois, et je trouve le malade dans la situation suivante : respiration courte, rapide, pénible et entrecoupée de plaintes ; état convulsif de la face, les paupières contractées et immobiles, les yeux dirigés en haut et en dehors, la tête jetée en arrière, les mouvemens difficiles et non partiels ; enfin, les mâchoires fortement serrées, et ne laissant entre elles que l'intervalle de deux lignes. Le ventre présentait la résistance d'une planche, les jambes étaient raides ; mais elles pouvaient être fléchies par un mouvement communiqué. Les bras conservaient toute leur liberté. Le pouls était vîte et concentré ; la langue, que l'on pouvait à peine voir, était rouge sur les bords.

L'épigastre était devenu un foyer de perceptions si actif que la simple indication d'un mouvement vers lui, suffisait pour mettre en jeu toutes les sympathies nerveuses et exciter de violens accès de spasme. Le signal de ces accès était une douleur vive, rapide, qui partant du centre épigastrique, traversait le malade comme un trait, et venait se terminer vers la septième vertèbre cervicale. Du reste, sans aucune cause et d'une manière tout-à-fait spontanée, la même douleur se reveillait presque à chaque minute, et déterminait l'opisthotonos.

Traitement. Saignée de 12 onces, bain tiède d'une heure, potion calmante avec addition de huit grains d'opium. Le 25, même état, 30 sangsues le long du rachis au niveau des premières vertèbres dorsales, dix grains d'opium : prise en douze heures, cette potion ne produit pas la plus légère somnolence. Le 26, quelques

rêvasseries, un délire tranquille, des accès moins fréquens, même potion avec addition de douze grains de protochlorure de mercure ; selles copieuses. Le 27, je trouve la poitrine relevée, toutes les fausses côtes déplacées et portées en haut, le sternum fléchi dans la soudure de la première avec la deuxième pièce, et formant avec l'appendice xyphoïde, une éminence de trois pouces de hauteur. Les muscles pectoraux étaient fortement contractés ; tandis que ceux de l'abdomen étaient, sinon dans leur état naturel, du moins très-relâchés. L'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale faisait une saillie semblable en tout à une gibbosité. Dès ce moment, le tétanos sembla perdre de son intensité, et il passa à l'état chronique.

Cependant le trismus était tel encore, que le malade était obligé de se servir d'une paille pour humer les liquides que l'on voulait ingérer, soit comme médicamens, soit comme alimens. Le 7 octobre, dix-huitième jour de la maladie, je vois l'enfant, et trouvai une ouverture entre les rangées dentaires d'environ six lignes : tous les autres symptômes du tétanos avaient presque disparu ; mais il restait encore dans la physionomie une empreinte profonde des convulsions qu'elle avait éprouvées.

La déformation de la poitrine persistait, il est même à craindre qu'elle ne s'efface jamais ; car aujourd'hui que le tétanos n'existe nulle part, les fausses côtes se sont affaissées un peu ; mais le sternum ne paraît avoir aucune tendance à rentrer dans sa situation naturelle et reprendre son état normal.

Cette observation serait incomplète, si je ne présentais pas l'étiologie des faits qu'elle contient. Les causes auxquelles j'ai dû m'arrêter naturellement, sont multiples et variées : les unes sont de nature à produire un tétanos traumatique, les autres un tétanos primitif. Ainsi quelques

jours avant les premiers symptômes de trismus, l'enfant avait fait une chute sur les genoux, s'était fait une légère excoriation. Il avait aussi essayé de marcher sur les mains, et de s'y tenir en équilibre ; ses bras avaient fléchi, et il était retombé sur la tête. Le matin, en gardant son troupeau, il avait éprouvé un refroidissement subit et très-sensible. Une quatrième cause à laquelle je n'attacherais pas une grande importance, si elle n'avait presque coïncidé avec l'apparition des premiers accidens, est un violent accès de colère.

Ces causes ont-elles été isolées dans leur effet, ou bien se sont-elles confondues dans une action commune et simultanée ? Ce tétanos est-il primitif ou traumatique ? Quoique un bon nombre d'observations attestent que les lésions les plus superficielles peuvent produire le tétanos, je n'hésite pas à rejetter les deux premières causes, comme insuffisantes à l'explication des accidens. L'impression subite et générale du froid, me paraît avoir une action bien mieux proportionnée à la gravité d'un mal tel que le tétanos. Quant à l'accès de colère, je le ne regarde pas comme impuissant ; capable de déterminer des convulsions, il peut aussi produire le tétanos ; car le tétanos n'a, dans mon opinion, rien de spécifique, il n'est qu'un accident au milieu des convulsions générales : j'explique ma pensée.

Si les muscles extenseurs et fléchisseurs se contractent successivement, il y a convulsion ; mais si par un concours fortuit de circonstances, que l'on ne peut ni prévoir ni expliquer, leurs contractions s'opèrent simultanément, dans un instant presque insaisissable pour la pensée, ils s'irritent de la résistance mutuelle qu'ils s'opposent, et cette lutte constitue le tétanos. Ce qui prouve que cette résistance des muscles entre eux est la cause permanente de leur irritation, c'est que, dans l'observa-

tion que j'ai rapportée, l'on a pu remarquer que le premier amendement s'est manifesté par le relâchement des muscles abdominaux, qui sont les plus puissans antagonistes des extenseurs du torse. Est-ce par lassitude ou par rupture de fibres qu'a eu lieu cette cessation partielle du spasme ?

Le renversement des côtes asternales et du sternum dans la soudure de sa première avec sa seconde portion, me porte à croire qu'il y a eu rupture de quelqnes digitations du muscle grand oblique ou déchirure des fibres du droit antérieur. Dans l'opisthotonos les muscles pectoraux prennent leur point fixe de contraction, sur la base de la poitrine, et leur point mobile sur l'humérus et le scapulum. Mais si les muscles abdominaux qui fixent le thorax en bas, viennent à céder, la base de la poitrine devient à son tour le point mobile, et toute la puissance des muscles pectoraux tend à la porter en haut, en la fléchissant dans le sens des contractions.

Quelle que soit, au reste, la théorie que l'on adopte pour l'explication de ce relâchement presque subit des muscles abdominaux, il n'en sera pas moins évident qu'il a été le premier phénomène qui ait marqué la marche de la nature vers un état meilleur : et si l'on admet que le tétanos soit une lutte dans laquelle les muscles fléchisseurs et extenseurs s'exaspèrent par la résistance qu'ils s'opposent, force sera d'admettre aussi que la solution du spasme des muscles abdominaux a dû être la première condition et le signal de la solution du spasme général.

Ces considérations ne pourraient-elles pas être appliquées à la thérapeutique ? Les moyens dont la nature s'est servi chez le malade dont j'ai écrit l'histoire seraient-ils inimitables ? Ne pourrait on pas déposer, au milieu des fibres des muscles abdominaux, une quantité d'opium capable d'en stupéfier le spasme par une action immé-

diate? Toutes ces questions pourraient sans doute être résolues par l'analogie et le raisonnement, mais l'observation seule peut en donner la véritable solution.

Une circonstance de la maladie dont nous avons donné l'histoire, l'espèce de gibbosité accidentelle qui est survenue, est trop remarquable pour ne pas demander quelques éclaircissemens. Cette maladie présente deux périodes bien distinctes, auxquelles se rapportent deux ordres de phénomènes également distincts. 1.° Tétanos, renversement du corps en arrière et tous les symptômes de l'opisthotonos au plus haut degré. 2.° Relâchement des muscles abdominaux, déformation du sternum et de la colonne vertébrale; cessation progressive, mais rapide, de l'opisthotonos.

Dans la première période, toute gibbosité de la colonne vertébrale est impossible, l'anatomie et la physiologie repoussent une pareille idée. Dans la seconde, les faits se montrent sous un autre jour, ils ne sont plus les mêmes. Le sternum et les fausses côtes ont été redressées par l'action des muscles pectoraux de manière à former une gibbosité considérable; le thorax a donc été raccourci dans son diamètre vertical et antérieur. Si l'on admet (et le fait est irrécusable) que toute déformation du thorax en produit une dans la colonne vertébrale, force sera de convenir que la puissance qui a déterminé un raccourcissement dans le sternum a dû agir de la même manière sur les vertèbres qui sont ses analogues à la partie postérieure du thorax. Du redressement et du raccourcissement du sternum résulte un troisième fait, c'est une concavité profonde à la partie supérieure et antérieure de la poitrine; concavité à laquelle doit nécessairement répondre, en arrière, une convexité. Si cette convexité se trouve limitée dans une région qui renferme un petit nombre de vertèbres, l'apophyse épineuse de ces vertèbres formera une saillie qui ressemblera plus ou moins à une

gibbosité produite par une carie. L'enfant, du reste, conserve toujours les mêmes difformités, quelques douleurs vers l'union de la région cervicale avec la région dorsale, et une faiblesse qui l'oblige, dans une station prolongée, d'appuyer ses mains sur ses cuisses.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De salis ammoniaci vi et usu. — *Des propriétés médicales et de l'usage du sel ammoniac; par* J. W. Arnold. *In*-8.° *Heidelberg*, 1826.

Cette dissertation est divisée en trois sections : dans la première, l'auteur rapporte très-en détail les diverses expériences qu'il a faites pour constater les effets du sel ammoniac sur l'économie animale. Il cherche d'abord à déterminer quelle est l'action de cette substance sur l'estomac. Après avoir rappelé les expériences de Weinhold sur ce point, il expose celles qui lui sont propres; nous nous bornerons à en signaler les résultats.

Dix grains d'hydro-chlorate d'ammoniaque dissous dans ℥ iij d'eau et injectés dans l'estomac d'un lapin, n'ont produit aucune altération sensible. Quinze grains occasionnèrent un peu de mal-aise, et l'urine, qui était trouble et très-alcaline, devint claire et acide. A la dose de 20 grains, on observa une accélération marquée des mouvemens du cœur et de ceux de la respiration, un peu de raideur des pattes et de légers mouvemens convulsifs. Ces symptômes disparurent au bout de quelques jours. Enfin, 25 grains de sel ammoniac produisirent, en très-peu d'instans, de violens mouvemens convulsifs, surtout dans le train de derrière; la respiration était profonde et accélérée, la pupille contractée, la raideur générale très-forte; enfin, la mort survint au bout de vingt-qua-

tre minutes. La membrane muqueuse de l'estomac offrait des traces très-évidentes d'inflammation, surtout à la partie moyenne de l'organe ; elle se détachait très-aisément de la tuniqne musculaire, et l'on voyait à sa surface un grand nombre de petits points d'un rouge-brun. L'intestin grêle était sain ; enfin la quantité de mucus fourni par la surface gastro-intestinale, paraissait augmentée.

Les mêmes expériences répétées sur trois autres lapins avec un demi-gros de sel ammoniac, ont donné les mêmes résultats ; c'est-à-dire que la mort, accompagnée de violentes convulsions et d'une raideur tétanique, a toujours eu lieu de 10 m. à demi-heure après l'injection du médicament, et que la membrane interne de l'estomac et des intestins a toujours présenté de traces très-marquées d'un état inflammatoire.

On sait depuis long-temps que l'hydro-chlorate d'ammoniaque a la propriété de dissoudre les matières organiques, telles que le mucus, la graisse, la gélatine, etc. L'auteur a pensé qu'il serait très-important de s'assurer s'il dissoudrait aussi la fibrine ; « afin, dit-il, de pouvoir se rendre compte des effets de ce sel sur le sang. » En conséquence, il a fait agir une dissolution assez concentrée de sel ammoniac sur 30 grains de fibrine extraite du sang d'un veau, et au bout de quelques heures, il a reconnu qu'elle était complètement dissoute.

Pour constater les effets du sel ammoniac sur le sang, dans l'animal vivant, M. Arnold a fait les expériences suivantes :

1.° Il a d'abord tiré quelques onces de sang artériel à un chien bien portant, et ensuite, il lui fit prendre, pendant dix jours, du sel ammoniac en pilules avec de la mie de pain. L'animal en prit ainsi 17 gros. Au bout de ce temps il était très-amaigri ; mangeait peu et paraissait très-souffrant. On tira alors un peu de sang de

l'artère crurale ; et en le comparant à celui de l'animal avant l'expérience, M. Arnold a constaté qu'il se coagulait plus difficilement ; que le sérum se séparait plus lentement du caillot, et se coagulait complètement par la chaleur ; tandis que le sérum du sang naturel ne se coagule pas du tout, et enfin que la proportion du sérum à la partie cruorique était,

	Dans l'état naturel.	Après l'adm. du sel ammon.
cruor	46,52	566,5.
sérum	53,48	43,35.
	100 »	100 »

Dans l'état naturel, 100 parties de caillot contenaient 0,48 de fibrine sèche, c'est-à-dire, 0,22 de fibrine sur 100 p. de sang ; et après l'expérience seulement 0,41 de fibrine sèche, soit 0,23 sur 100 p. de sang.

Dans un autre chien, qui, en 13 jours, prit 29 gros de sel ammoniaque, et qui mourut à cette époque, le sang du ventricule droit, recueilli dans un verre, n'était pas coagulé au bout d'un quart-d'heure ; mais une heure après, il offrait une masse homogène de laquelle, au bout de quelques heures, il se sépara du sérum entièrement privé de cruor. Dans ce cas la proportion du caillot au sérum était comme il suit :

	Le sang artériel naturel contenait :	Celui de l'animal après la mort :
caillot	53,44	46,03.
sérum	46,56	53,97.
	100	100 »

Dans le premier, sur 100 p. de caillot, 0,77 de fibrine sèche, soit 0,41 de cette dernière sur 100 p. de sang ; dans le second, 0,52 de fibrine sèche sur 100 de caillot; soit 2,27 de fibrine sur 100 p. de sang.

L'auteur passe ensuite aux effets de cette substance

injectée dans les veines. Après avoir rapporté succinctement les expériences de W. Courton, Wiborg, Sprægel, il arrive à celle qu'il a tentée sur un chien. Il tira d'abord quelques onces de sang de l'artère crurale ; il injecta ensuite dans la veine du même nom 20 grains de sel ammoniac dissous dans deux gros d'eau. L'animal éprouva de violentes convulsions, de l'accélération dans la respiration, une très-grande faiblesse, etc. ; mais il se rétablit au bout de quelques jours. Il fut tué alors par un coup sur la tête, et l'on observa que l'estomac et les intestins présentaient çà et là des traces d'inflammation légère. Le chyle du canal thoracique se coagula lentement, et fournit 2,67 de caillot et 97,23 de sérum qui n'était pas coagulable par la chaleur et donnait 3,67 de résidu par l'évaporation.

Quant à l'action de l'hydro-chlorate d'ammoniaque appliqué sur le tissu cellulaire, l'auteur, conformément aux expériences de Smith, fait voir que ce sel est absorbé rapidement, et détermine les mêmes effets que dans les autres cas.

La seconde section de ce mémoire est presque toute d'érudition ; c'est, à notre avis, la plus faible des trois. L'auteur y passe en revue les diverses maladies, dans lesquelles on peut employer la substance qui nous occupe ; et ce n'est pas sans étonnement qu'on voit M. Arnold en recommander l'usage à l'intérieur dans les maladies inflammatoires, même dans celles du canal digestif. Nous avouons franchement que nous ne comprenons pas comment un sel qui, d'après les propres expériences de l'auteur, produit une vive irritation et même l'inflammation de l'estomac et des intestins, peut être utile dans des cas où ces organes sont déjà enflammés. Il est vrai que, d'après les mêmes expériences, il diminue la plasticité du sang. Quoi qu'il en soit, les observations rapportées par

M. Arnold semblent prouver que l'emploi du sel ammoniac est utile dans certains cas, et surtout dans les écoulemens muqueux et chroniques, tels que les diarrhées séreuses et atoniques, la blennorrhagie chronique, les leucorrhées, etc.

La troisième section contient des considérations sur la manière d'agir de l'hydro-chlorate d'ammoniaque. L'auteur examine successivement :

1.° *Son action sur l'estomac et le canal intestinal.* — A petites doses, ce médicament agit comme stimulant, et augmente l'action des organes; à hautes doses, il cause l'inflammation et la gangrène, et donne lieu à des convulsions, par suite de son action sur le système nerveux.

2.° *Son action sur le sang.* — On ne peut démontrer, par des expériences directes, le passage de ce sel dans le sang, parce qu'il existe naturellement en plus ou moins grande quantité dans les liquides animaux ; mais les changemens qu'il détermine dans le sang, dont il diminue manifestement la faculté de coagulation, ne laissent aucun doute sur ce passage. Quant à la route par laquelle il pénètre dans ce liquide, l'auteur avoue ne pouvoir la déterminer avec certitude ; mais il est porté à croire que les lymphatiques contribuent à ce transport.

3.° *Les voies par lesquels ce sel est excrété.*—M. Arnold ne dit rien de positif à cet égard. Il en est de même de l'effet de ce sel sur l'irritabilité et de la cause de son action sur les membranes séreuses. Enfin, il termine ce mémoire intéressant par quelques aperçus d'où il résulte, pour lui, que le sel ammoniac a une action particulière sur le système nerveux; action que prouvent les convulsions qui accompagnent toujours l'empoisonnement par cette substance.

Expériences propres à démontrer les effets de la morphine et de son acétate sur l'homme sain; par le docteur Beraudi, *répétiteur au Collège royal de médecine de Turin* (1).

Au milieu des nombreuses expériences qu'on a faites dans ces derniers temps pour apprécier les effets thérapeutiques et toxiques de la morphine et de l'acétate de morphine, il y en a eu à peine quelques-unes de tentées sur l'homme sain, afin de juger avec plus de précision des phénomènes qui se développent chez lui sous l'influence exclusive de ce principe de l'opium. C'est dans le but d'éclairer cette question importante, que le docteur Beraudi s'est soumis lui-même à une série d'expériences comparatives, ainsi que MM. Rebuni, Crispo et Allinio, étudians en chirurgie. M. Manfredi, membre du collège de pharmacie de Turin, prépara lui même avec soin l'acétate de morphine, et s'assura bien que le sel n'était point un sous-acétate.

Première série d'expériences. — Le 8 septembre 1828, dans l'après-midi de ce jour, nous nous réunîmes, dit le docteur Beraudi, dans un même appartement, afin de commencer nos expériences : nous avions dîné tous les quatre. (Il eût été nécessaire d'indiquer quelle avait été l'heure de ce repas.)

1.° A trois heures précises, M. Allinio, âgé de 22 ans, d'un tempérament bilieux, dont le pouls battait 66 fois par minute, avala un *huitième de grain d'acétate de morphine* dans deux onces d'eau distillée. Il avait à peine avalé le liquide, qu'il sentit un goût amer, un peu âcre dans l'arrière-gorge. Au bout de cinq minutes, forte douleur dans la région épigastrique, propension au som-

(1) *Annali universali di Med.*, décembre 1828.

meil avec respiration assez pénible. A 25 minutes, mêmes phénomènes, bouche un peu pâteuse; à 30 minutes, sueur abondante sur tout le corps, pupilles très-dilatées, 94 pulsations. A 33 minutes, assoupissement accompagné de douleur aux bosses frontales; à 50 minutes, lèvres livides, face assez colorée, conjonctives injectées, douleur lancinante vers l'angle externe de l'os frontal, qui s'étend bientôt à la même région du côté opposé. A 52 minutes, douleurs de vessie, physionomie stupide, yeux brillans, soif vive, sentiment de lassitude extrême dans les membres inférieurs. A quatre heures un quart, prurit de la peau, douleurs continues de l'appareil génito-urinaire, et particulièrement dans le cordon spermatique droit; sensation de pesanteur dans la région frontale. Ces divers symptômes persistèrent jusqu'à six heures trois-quarts; alors vive douleur à l'épigastre, nausées, efforts de vomissement. Il n'y eut pas de sommeil jusqu'à deux heures et demi après minuit, intervalle pendant lequel il fut très-agité, inquiet, et tourmenté par une douleur aiguë à la tête et dans la région ombilicale. A cette heure, il s'endormit profondément jusqu'à six heures et demie du matin, où il se réveilla avec une douleur obtuse du front, et peu après il eut deux évacuations alvines.

2.° M. Crispo, âgé de 21 ans, d'un tempérament sanguin et bilieux, dont le pouls battait soixante fois par minute, prit également à trois heures de l'après-midi, dans deux onces d'eau distillée, un *sixième de grain d'acétate de morphine*. Il avait à peine bu, qu'il ressentit un goût excessivement amer; au bout de quatre minutes, surviennent quelques nausées; à 20 minutes, assoupissement, pupilles très-dilatées, borborygmes, 79 pulsations par minutes. A 50 minutes, coloration circonscrite et d'un rouge vif, de l'une et l'autre joues, air stupide, yeux brillans, une sueur froide baigne tout le corps,

et une grande pesanteur de tête l'invite au sommeil. A quatre heures, nausées suivies d'assoupissement qu'une sueur plus abondante et générale fait cesser à quatre heures et un quart. Vers cinq heures et demie, douleur à la vessie, légère diarrhée avec douleur épigastrique. Sommeil tranquille pendant toute la nuit.

3.° M. Rebuni, âgé de 19 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution athlétique, prit également à trois heures de l'après-midi, *un huitième de grain d'acétate de morphine* dans deux onces d'eau distillée. Son pouls battait d'abord 63 fois par minute. A l'exception de l'accélération du pouls qui donne 108 pulsations au bout d'une demi-heure, et d'une légère rougeur des bords et de la pointe de la langue, ce jeune homme n'éprouva rien de particulier.

4.° A la même heure, le docteur Beraudi avala dans deux onces d'eau distillée un *demi-grain d'acétate de morphine*. Il est doué d'un tempérament nerveux et âgé de 26 ans; son pouls battait 65 fois par minute avant l'expérience. (Les détails qui vont suivre, ainsi que tous ceux qui précèdent, furent recueillis avec soin par M. Sella, étudiant en chirurgie, qui observa chacun des quatre individus sus-nommés.) L'ingestion du médicament fut suivie d'un goût amer très-prononcé, et peu après sensation pénible à l'épigastre qui se propagea aussitôt à la vessie. M. Beraudi fait remarquer ici qu'il avait uriné cinq minutes auparavant. Au bout de cinq minutes, sueur générale abondante; à 15 minutes, nausées, respiration difficile, tendance très-grande à l'assoupissement, langue pâle, pouls onduleux, 66 pulsations par minute; à 30 minutes, dilatation extrême de la pupille, douleur à l'occiput avec appesantissement des paupières, conjonctive très-injectée. A 35 minutes, douleur insupportable à la partie latérale droite de la tête, assoupissement, agita-

tion, les joues se colorent en rouge (le teint est habituellement pâle dans l'état de santé.) La sueur dégoutte en quelque sorte de la face, aspect stupide, abattu, démangeaison très-vive à la peau. A quatre heures, besoin de sommeil, céphalalgie violente, face presque livide; au bout de quelques minutes, sommeil agité et souvent interrompu pendant trois heures. Au réveil, douleur forte à l'épigastre et à la vessie, urine aqueuse et rendue en très-petite quantité malgré le besoin pressant qui existait. Le docteur Beraudi se lève, et en se promenant un instant il éprouve des nausées coutinuelles. Bientôt la douleur épigastrique cessa et se manifesta dans la région ombilicale; alors quelques alimens furent pris, mais aussitôt la douleur épigastrique se réveilla avec plus d'intensité. A dix heures du soir, diarrhée avec douleurs lancinantes dans les régions de l'estomac, de l'ombilic et de la vessie, douleurs dont l'intensité rendit tout repos impossible pendant la nuit : en même temps forte chaleur de la peau et prurit insupportable. La diarrhée continua d'avoir lieu toute la matinée suivante, et cessa dans l'après-midi, ainsi que tous les autres symptômes. Le malaise dont le docteur Beraudi fut affecté toute la journée, ainsi que M. Allinio, ne permit pas de continuer les expériences avant le surlendemain.

Deuxième série d'expériences. — Le 10 septembre, à huit heures du matin, les expériences furent reprises : chacun d'eux était à jeun.

1.° A l'heure indiquée, M. Allinio avala *un quart de grain d'acétate de morphine* dans une once d'eau distillée : son pouls battait 66 fois. Il sentit un goût amer très-prononcé, et au bout de vingt minutes la pointe de la langue était extraordinairement rouge et les pupilles dilatées. Après une demi-heure environ, douleur aiguë aux bosses frontales, chaleur brûlante de la peau, 80 pul-

sations par minute, lassitude extrême des membres; vers neuf heures, face animée, lèvres livides, soif ardente, quelques efforts de vomissement, qui se dissipèrent peu après. Dès-lors rien de remarquable ne s'observe, et ces divers accidens disparaissent peu à peu.

2.° A huit heures également, M. Rebuni prit de même *un quart de grain d'acétate de morphine*. Le liquide lui parut aussi excessivement amer. Le pouls battait alors 84 fois par minute, et depuis le moment où la solution fut avalée, les pulsations ne donnèrent que 81. La langue rougit un peu, mais il n'éprouva d'ailleurs aucuns phénomènes particuliers, tandis que ses collègues ressentirent toute la journée une lassitude générale et très-prononcée.

3.° A la même heure, M. Crispo avala *un tiers de grain d'acétate de morphine* dans deux onces d'eau distillée : son pouls battait 65 fois par minute. Aussitôt après, goût amer très-prononcé et légère douleur épigastrique; sentiment de brûlure dans l'arrière-gorge au bout de cinq minutes, et quinze minutes plus tard, rougeur prononcée de la pointe et des bords de la langue avec dilatation des pupilles. A vingt-cinq minutes, lassitude extrême des membres, dans le dos, le cou, et bientôt dans toutes les articulations; pouls très-irrégulier, battant 68 fois par minute. Conjonctives injectées, vive rougeur de la face, lèvres livides, borborygmes répétés, aucun trouble dans les fonctions cérébrales, assoupissement peu profond qui ne tarda pas à se dissiper, et retour à l'état ordinaire de santé; seulement, pendant la journée, la dilatation des pupilles continua d'exister, lors même qu'il regardait fixement le soleil. Le lendemain matin, éruption de papules à la surface du corps.

4.° A huit heures du matin, le docteur Beraudi avala à son tour *deux tiers de grain d'acétate de morphine* dans deux onces d'eau distillée : le liquide était très-amer. Im-

médiatement après, douleur épigastrique et au côté droit de la tête; pupilles très-dilatées malgré l'exposition au soleil; le pouls monte de 61 à 86 pulsations par minute; nausées, efforts de vomissemens, lassitude extrême dans les articulations, conjonctives très-injectées, lèvres livides, yeux brillans, douleur gravative dans la région frontale, et spécialement à droite. A dix heures, sommeil insurmontable, coloration rouge des joues, la langue devient rouge à sa pointe et sur ses bords, violette à son centre : en même temps une sensation pénible, difficile à décrire, se manifeste dans la région de l'estomac, de l'ombilic et de la vessie, avec un pouls fébrile. A onze heures, vomissemens de matières verdâtres, après lesquels le docteur Beraudi se leva et se promena. Tous les accidens se dissipèrent dans le reste de la journée.

Il est à remarquer que chacun des quatre individus désignés éprouva, le lendemain au matin, un sentiment de douleur et de resserrement de l'arrière-gorge, sans qu'on remarquât d'ailleurs dans cette région aucune rougeur insolite.

Troisième série d'expériences. — Le 11 octobre 1828, à huit heures et demie du matin, MM. Allinio, Crispo, Rebuni, Sella et Beraudi recommencèrent leurs expériences : tous étaient à jeun.

1.° M. Allinio prit, à l'heure qui vient d'être indiquée, *un grain d'acétate de morphine* dans une quantité suffisante d'eau distillée; presque aussitôt, sensation pénible à l'épigastre, et dans un instant, dilatation de la pupille, yeux, pour ainsi dire, saillans hors de l'orbite; face rouge, lèvres livides, rougeur de la langue à sa pointe, les piliers et le voile du palais d'un rouge écarlate et un peu douloureux. A neuf heures, céphalalgie violente; le pouls, qui battait 68 fois d'abord, donne alors 78 pulsations. Douleur épigastrique augmentant progressivement avec

sentiment de pesanteur extrême dans la région frontale, suivi de sommeil très-agité; visage mouillé de sueur, 88 pulsations par minute. Réveil à onze heures, accompagné d'une douleur au front, à l'épigastre et à la vessie, mais surtout d'un sentiment de fatigue générale très-grande et de douleurs obtuses dans les articulations. Cet état se prolongea jusqu'à l'heure du dîner, où M. Allinio mangea avec un peu d'appétit, mais il sentit peu après des nausées et des envies de vomir. La nuit fut calme, et le lendemain diarrhée légère. Le surlendemain matin, vers les huit heures et demie, douleur violente qui se développe au côté droit du front avec une sueur froide et très-abondante le long du dos, deux syncopes assez rapprochées, pupille excessivement dilatée, langue pâle, bouche pâteuse et amère; ces derniers symptômes se dissipèrent dans la journée, après deux évacuations alvines très-douloureuses. On a dû remarquer que la constipation exista pendant toute la journée où l'acétate de morphine fut pris.

2.° Le même jour, à huit heures et demi du matin, M. Crispo avala *un demi grain de morphine* dans un peu d'alcohol tiède : avant ce moment, le pouls donnait 84 pulsations par minute. Saveur très-amère, efforts de vomissemens au bout d'un quart d'heure, dilatation extrême des pupilles après une demi-heure, le pouls bat alors 94 fois par minute. A dix heures, rougeur de la face, sentiment d'appétit qu'une petite quantité d'alimens satisfait assez complètement. A l'heure du dîner, M. Crispo mange encore un peu; contre son habitude, il éprouve aussitôt un très-grand besoin de dormir, et s'assoupit profondément jusqu'à cinq heures. Réveil avec céphalalgie frontale, douleur aiguë et lancinante dans la région de l'ombilic qui se prolonge jusqu'à la nuit. Le lendemain matin il était bien portant, mais la face et une grande partie du

corps étaient recouvertes de papules très-sensibles au toucher.

3.° M. Rebuni, également à jeun, prit aussi, à huit heures et demi du matin, *un demi-grain de morphine* dans une petite quantité d'alcohol : son pouls battait 66 fois par minute. Au bout d'une demi-heure, les pupilles se dilatent, 82 pulsations; à dix heures, 90 pulsations. Le reste de la journée se passa sans accidens notables, à l'exception de quelques douleurs à l'épigastre et dans l'abdomen.

4.° M. Sella, qui jusque là n'avait été qu'observateur, voulut, à son tour, faire sur lui-même une expérience. A neuf heures, il prend *un demi-grain de morphine :* il y avait une demi-heure qu'il venait de déjeûner. Ce jeune homme, doué d'un tempérament sanguin et bilieux, âgé de 18 ans, offrait 60 pulsations par minute; il sentit aussitôt une saveur très-amère, et la face devint aussitôt très-rouge. A neuf heures et demie, 64 pulsations, sentiment d'appétit, mais avec une très-forte douleur à l'épigastre, qui fut suivie d'une douleur analogue à la région ombilicale; quelque temps après, sensation très-douloureuse dans la région des reins, et vers les quatre heures, hoquet qui dure trois quarts d'heure, à l'issue duquel survient une faiblesse extrême à laquelle succéda une chaleur et un prurit très-vif sur tout le corps : ces phénomènes furent les derniers, et le calme se rétablit ensuite parfaitement.

4.° Le même jour et à la même heure, le docteur Beraudi prit *un grain de morphine* dans une quantité convenable d'alcohol. La saveur de ce liquide était très-amère. Le pouls, qui donnait avant l'expérience 60 pulsations par minutes, s'éleva à 80 en moins d'une demi-heure. Le sentiment d'appétit qui se manifesta engagea le docteur Beraudi à prendre un peu de chocolat. A dix

heures, douleur épigastrique, face rouge, yeux injectés, langue un peu rouge, céphalalgie frontale suivie de sommeil calme qui dure jusqu'à onze heures. Afin de dissiper l'assoupissement qui existait encore, il veut se livrer à l'exercice du billard, mais au bout de trois quarts d'heure, nausées suivies de vomissement de matières amères. (Si l'acide nitrique sert à découvrir la morphine par la teinte rouge qu'il fait naître, il est certain qu'il y avait de la morphine dans les matières vomies.) Ce vomissement n'empêcha pas M. Beraudi de prendre quelques alimens au moment du dîner; mais peu après ce léger repas, céphalalgie avec douleur intense à l'épigastre qui l'obligea de se coucher : sommeil profond jusqu'à huit heures et demie du soir. Dans la nuit, sommeil pénible, avec fièvre, céphalalgie, prurit continuel de la peau, diarrhée très-abondante qui continue d'avoir lieu le lendemain. Pendant trois jours, des douleurs de ventre assez vives persistèrent presque constamment.

Le malaise très-prononcé produit par les doses indiquées empêcha les expérimentateurs de prendre la morphine et son acétate à des doses plus élevées. En traduisant textuellement les observations rapportées par le docteur Beraudi, nous ne chercherons pas à suppléer, par un résumé général, aux conclusions qu'il n'a pas cru devoir présenter après l'exposition des faits intéressans qui précèdent. Nous croyons comme lui qu'une lecture attentive de chacun d'eux suffit pour qu'on puisse faire un rapprochement de ce qu'ils offrent de commun. Toutefois, nous ferons remarquer que ces divers exemples ne viennent pas à l'appui de l'opinion de M. Bally, suivant lequel les sels de morphine ne produisent aucun effet, même sympathique, sur la bouche, le pharynx et la langue (1); tandis qu'ils sont, au contraire, confirmatifs des

(1) *Mém. de l'Acad. royale de Médecine*, tome I.er, page 120.

observations que M. Chevallier, pharmacien, avait faites sur lui-même (1).

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Rapports entre le cerveau et les nerfs dans le cas de certaines monstruosités. — *Par M. Tiedemann.* — Après avoir rappelé les faits consignés dans un précédent mémoire et les conclusions qu'il en a tirées (Voy. *Arch. génér. de Méd.*, t. XII, p. 614), l'auteur rapporte plusieurs faits de développement défectueux de la moelle épinière correspondant avec l'absence des membres; et d'un autre côté, des exemples de développement excessif du cerveau et des nerfs en rapport avec l'existence d'organes surnuméraires. Ces faits venant pleinement confirmer ceux dont il est question dans son premier mémoire, l'auteur les admet comme constans. Il examine ensuite si le développement imparfait des organes est la conséquence de l'absence des nerfs; ou bien si, au contraire, les nerfs ne sont pas formés parce que les organes manquent; et, *vice versâ*, si la monstruosité par excès des organes est due au développement excessif du système nerveux; ou bien si le dernier n'est en excès que parce qu'il y a des organes surnuméraires. Le professeur Tiedemann conclut de ses recherches que le système nerveux, comme le premier existant, règle la formation et le développement ultérieur de l'embryon, détermine la forme particulière et la disposition du reste des organes. (*Zeitschrift für Physiologie*. 3.e cahier, 1828, et *Edimb. med. and surg. Journ.*; janvier, 1829.)

Sur la structure, les fonctions et le ramollissement de la moelle épinière; *par L. F. Calmeil, D. M. P.* — La partie anatomique de ce mémoire contient un résumé de ce qu'on sait sur la structure de ce centre nerveux; mais l'auteur signale dans le cours de sa description plusieurs particularités anatomiques que nous allons indiquer. Ainsi, le sillon postérieur de la moelle pénètre jusqu'à la lame grise qui réunit les faisceaux latéraux de la substance grise; l'existence d'un canal central dans la moelle a été reconnue depuis long-temps, mais son existence a toujours été considérée comme un état anormal de cet organe. Les observations de M. Calmeil confir-

(1) *Revue méd.*, février 1824.

ment bien cette opinion, mais tendent à prouver que cette disposition est plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Ce canal existait, quand il l'a vu, à la place de la lame grise qui est adossée à la commissure longitudinale de la moelle. Il a constaté aussi que les canaux latéraux signalés par Nymmann, Gall et Hipp. Cloquet, se rencontrent quelquefois avec des caractères qui ne permettent guères de croire qu'ils aient été produits artificiellement. Il rapporte l'exemple curieux d'un aliéné dans la moelle épinière duquel on trouva trois canaux, l'un central, et deux latéraux.

On sait que la moelle épinière est susceptible de se *liquéfier* sur le cadavre ; aussi importe-t-il beaucoup de connaître cette circonstance, afin de ne pas confondre une altération de ce genre avec le *ramollissement* qui se forme pendant la vie. M. Calmeil a vu ce ramollissement cadavérique s'effectuer en hiver aussi bien qu'en été, en douze heures de temps; celui de la substance blanche marche plus lentement. Trente, quarante, cinquante, et même soixante heures après la mort, à un température de 20 degrés, il a vu les faisceaux de la moelle conserver toute leur solidité ; au contraire, à une température de 8 degrés, il les a trouvés humides et sensiblement mous, sur des aliénés morts depuis vingt-quatre heures. Il est très-ordinaire de rencontrer avec une consistance normale de la substance blanche, la substance grise humide et presque diffluente.

M. Calmeil a fait une série d'expériences intéressantes pour éclairer divers points de physiologie de la moelle, dont nous signalerons les principaux résultats. Chez les insectes, la présence du ganglion qui représente le cerveau n'est pas d'une nécessité absolue au sens du toucher, et, après la décapitation, les autres ganglions sont aptes à recevoir les impressions qui ont lieu pendant quelque temps à la périphérie du tronc et sur les membres. La moelle épinière des reptiles, des jeunes oiseaux, des jeunes mammifères, semble également susceptible, après l'ablation du cerveau, d'être modifiée par nos irritations; de les sentir, et, par suite d'ordonner des mouvemens *calculés*, *durables*, qu'il ne faut pas confondre avec les secousses convulsives et *fugaces* dues à l'irritabilité. Cette faculté de la moelle épinière est probablement répartie *sur tous ses points* : en outre, dans l'état naturel de nos fonctions, il est vraisemblable que le cerveau est l'unique foyer de la sensibilité, et que la moelle épinière ne devient sensible qu'au moment où l'encéphale cesse d'exister. Quant aux mouvemens volontaires, leur coordination émane sans doute du cerveau. Toutefois les expériences de M. Calmeil, confirmatives d'ailleurs de celles de Legallois, démontrent qu'après la décapitation, la moelle épinière acquiert la faculté de provoquer des mouvemens d'ensemble, et qu'elle se comporte comme un petit cerveau ou plutôt

comme une réunion de petits cerveaux. En résumé, après le cerveau, la moelle épinière exerce seule une action directe sur les mouvemens volontaires.

D'autres expériences confirment, ainsi qu'on le savait déjà, que les effets sont directs dans la moelle épinière au-dessous de l'entrecroisement des pyramides, en sorte que la section d'une moitié de l'organe frappe de paralysie tous les membres correspondans à cette section, et les prive de sensibilité. Cependant les membres éprouvent des convulsions si l'on irrite la portion de moelle qui ne communique plus avec le cerveau, très-probablement par la communication entretenue entre le cerveau et la moitié divisée au moyen de l'autre moitié restée intacte. Des sections diverses, pratiquées sur la moelle alongée, ont montré qu'il existe dans cet organe des effets directs et des effets croisés; les premiers résultent de la lésion des faisceaux postérieurs; les seconds de celle des faisceaux antérieurs. Ces derniers étaient constatés depuis long-temps par des observations d'anatomie pathologique, et l'on en trouve des exemples dans l'ouvrage de M. Ollivier sur la moelle épinière, pages 524 et suiv. Il paraît que M. Calmeil n'avait pas connaissance de ces faits, car il annonce les résultats indiqués comme un phénomène qui était jusque-là resté inaperçu. Notre auteur a répété les dernières expériences faites dans ces dernières années sur le siège du mouvement et de la sensibilité dans la moelle épinière, et il arrive à cette conclusion que, suivant toute probabilité, la face antérieure de la moelle est insensible, tandis que sa face postérieure est douée d'une très-grande sensibilité; que la section des faisceaux postérieurs empêche le cerveau de percevoir les irritations dirigées sur ces faisceaux au-dessous de la section; que la face postérieure de la moelle est *éminemment irritable*; que sa face antérieure ne l'est *aucunement*. En résumé, les irritations cessent d'être douloureuses lorsqu'on pratique la section des faisceaux postérieurs au-dessus du point irrité. Cette simple section empêche les convulsions dépendant de l'irritabilité, de se propager au-delà du point intéressé: elle affaiblit notablement les mouvemens volontaires des membres; enfin, elle ne porte pas une atteinte notable à leur sensibilité. La face antérieure de la moelle n'est ni sensible ni irritable; la section des faisceaux antérieurs intercepte en partie les mouvemens volontaires des membres, et ne nuit probablement pas beaucoup à leur sensibilité. Quant à l'influence de la moelle sur les autres actes organiques, M. Calmeil ne fait que retracer ce qui était déja écrit sur cette matière importante.

La seconde partie du mémoire de M. Calmeil a tout entière pour objet le ramollissement de la moelle épinière: les observations qu'il rapporte le conduisent aux conclusions suivantes: le ramollissement

de la moelle épinière se développe assez fréquemment chez l'homme et chez le cheval; il a été plus rarement observé chez la femme que chez l'homme, il est surtout funeste aux jeunes gens et aux vieillards; il se manifeste spontanément ou il survient à la suite d'une blessure grave; ses causes sont la plupart du temps inconnues; il peut compliquer différentes maladies du cerveau; il se forme lentement ou avec une rapidité effrayante; il peut affecter toutes les régions de la moelle; il peut en occuper toute l'épaisseur, détruire seulement l'une de ses moitiés, un seul de ses faisceaux, les antérieurs seulement, les postérieurs, sa substance grise centrale. Il est presque toujours mortel; il tue plus rapidement lorsqu'il a son siège dans les corps pyramidaux ou dans la moelle cervicale. Il est inflammatoire, ou sa nature est spéciale; les ramollissemens traumatiques sont ceux qui portent l'atteinte la moins prompte à la vie; le diagnostic d'un ramollissement de la moelle cervicale est parfois très-difficile. Quelquefois chez les aliénés, la paralysie et la contracture des membres se rattachent à une lésion de la volonté, et la lésion du mouvement ne suppose pas une altération profonde dans la pulpe de l'encéphale. Le ramollissement de la moelle peut abolir la sensibilité et les mouvemens volontaires, ou les mouvemens seuls. Il jette les individus dans un état de coma et d'immobilité, ou il s'accompagne de mouvemens convulsifs, de rétractions des membres, d'extension forcée. Il modifie l'action du cœur, des poumons, la circulation capillaire, la perspiration cutanée, la calorification, l'intelligence même. Il détermine souvent l'érection du pénis; il résiste presque toujours aux moyens thérapeutiques qui semblent le plus rationnels; il n'est pas vraisemblable qu'on puisse vivre plusieurs années lorsque le ramollissement est pleinement effectué. Chez le cheval, la marche de la maladie est la même que chez l'homme. (*Journ. des Progrès*, 1828, vol. XI et XII.)

Existence d'un canal dans le nerf optique du fœtus humain. — *Par le docteur Wedmeyer.* — En disséquant, en 1816, un fœtus de cinq à six mois, et en examinant la portion du nerf optique qui avait été enlevée de l'orbite avec le globe de l'œil, M. Wedmeyer remarqua que, par une légère pression exercée sur le globe de l'œil, l'humeur vitrée s'écoulait par la surface de la section du nerf optique. Il continua ses recherches avec beaucoup de soins sur d'autres fœtus, et il crut apercevoir, au centre de la surface de la section du nerf optique, un petit point noir, et dans ce point une ouverture ronde par laquelle, à la moindre pression exercée sur le globe de l'œil, on voyait s'échapper l'humeur vitrée, et cela même lorsque la portion du nerf optique restée attachée à l'œil avait un demi-pouce de longueur. Il rechercha ensuite l'orifice de ce canal dans l'intérieur de

l'œil, au point de terminaison du nerf optique, et il trouva au milieu de son épanouissement un point obscur et de forme annulaire. Dans la portion cérébrale du nerf, l'auteur ne put constater l'existence d'un canal semblable.

Ne se fiant pas à ses observations, l'auteur les communiqua à M. Treviranus, qui regarda ce canal comme produit artificiellement par la pression exercée sur le globe de l'œil. Cependant M. Wedmeyer ne se découragea pas, continua ses recherches, et prouva que, au-delà du septième mois, ce canal n'existait plus, ou du moins ne pouvait plus être aperçu.

Les recherches de Sœmmering et de Carus viennent à l'appui de cette opinion de M. Wedmeyer. En effet, le premier a prouvé qu'il existe une cavité dans le nerf olfactif du fœtus, et que, chez les animaux vertébrés des classes inférieures, cette cavité communique librement avec le cerveau. Il a été aussi constaté que, dans le fœtus humain, comme dans les animaux vertébrés placés au bas de l'échelle des êtres, les tubercules quadrijumeaux, desquels les nerfs optiques tirent en partie leur origine, sont creux et communiquent librement avec le troisième ventricule, et qu'enfin, dans le fœtus humain et dans celui de tous les vertébrés, la moelle épinière est aussi creusée d'un canal dans toute son étendue. M. Carus a démontré, d'un autre côté, que le développement des nerfs se fait exactement de la même manière que celui des vaisseaux, et qu'ils sont creux dans les premiers temps de leur formation. (*Darstellung der nerven systems.* Leipsig, 1814.)

Enfin, M. Wedmeyer rappelle que les recherches de Bogros seraient encore favorables à sa manière de voir. (*Journal für Chirurgie und augenheilkunde.* 1826.)

EXISTENCE DES VALVULES DANS LES VEINES DES POUMONS. — *Par le professeur Mayer de Bonn.* — Les anatomistes en général nient l'existence des valvules dans les veines des poumons. Des recherches nombreuses, et faites avec beaucoup de soins, ont prouvé à M. Mayer que ces valvules existent réellement dans différens animaux; mais cependant pas dans tous. Il les a d'abord observées dans les poumons du bœuf, et, dans cet animal, elles sont très-nombreuses et très-grandes. Dans l'homme, elles sont si distinctes, si larges et si nombreuses, que l'auteur est étonné qu'elles aient jusqu'alors échappé aux recherches minutieuses des anatomistes. Dans tous les points où une branche veineuse vient s'ouvrir dans un tronc en formant un angle aigu, on trouve toujours une valvule; et plus l'angle est aigu, plus elle est développée; il n'y en a pas au contraire quand les branches se réunissent à angle droit. Cette dernière disposition est très-évidente dans les poumons du cochon; aussi M. Mayer n'a-t-il pu découvrir de valvules dans les veines pulmonaires de cet animal. (*Zeits-*

chrift für Physiologie. 3.e cahier, 1828, et *Edimb. med. and surg. Journ.*; janvier, 1829.)

Pathologie.

Rage. — *Observ. par le docteur Mayer de Saint-Pétersbourg.* — François Hermanowicz, âgé de quarante ans, fut mordu à la main droite, en mai 1820, par un chat inconnu qu'il voulait prendre ; la plaie fut cicatrisée au bout de quelques jours. Au mois de décembre de la même année, H..... se fit une contusion aux vertèbres lombaires, qui lui causa des douleurs pendant près de deux mois. Le 19 mars 1821, H....., très-échauffé par des désirs vénériens non-satisfaits, fut triste toute la journée, se refroidit dans la nuit, et ressentit le lendemain des douleurs à la poitrine et un engourdissement du bras droit. On tira douze onces de sang du bras affecté et on prescrivit au malade une potion mucilagineuse nitrée. Trois jours après, les douleurs n'ayant pas disparu, et le malade se plaignant d'insomnie, on lui prescrivit l'électuaire lénitif. A minuit, il commença à délirer, et se fit avec les mains une contusion des parties génitales suivie d'une ecchymose à la verge. Le lendemain il alla à l'église, mais lorsqu'il voulut prendre de l'eau bénite il commença à trembler et poussa involontairement un cri. Le 24 mars, quatrième jour de la maladie, il fut admis à la clinique de Wilna ; il avait la face rouge, le regard farouche, les yeux rouges, une soif vive, une grande difficulté d'avaler les liquides ; toutes les fois qu'il essaya de boire de l'eau il repoussa le vase avec force aussitôt qu'il l'avait touché des lèvres ; toutes ces tentatives furent suivies de tremblemens violens qui se manifestèrent également quand le malade trempait son doigt dans de l'eau ; les objets luisans ne lui faisaient pas horreur, mais il ne pouvait supporter la vue de sa propre salive, qui était laiteuse et copieusement sécrétée. On envisagea la maladie comme étant la rage produite par la morsure du chat. On scarifia la cicatrice et on la couvrit d'un vésicatoire. Cinq onces de sang furent tirées de la veine céphalique droite, dans laquelle on injecta immédiatement après douze onces d'eau distillée chauffée à trente degrés Réaumur. Pendant l'injection le malade éprouva un sentiment de chaleur vers la veine sous-clavière gauche ; le pouls était à 90, plein et régulier. L'horreur de l'eau persista, mais le pouls tomba à 60. Quatre heures après la première injection, on en fit une seconde de la même quantité ; le malade éprouva une sensation désagréable dans tout le trajet de la veine, et de la pesanteur dans la région du cœur ; le pouls, qui avait été petit, se développa et remonta à 80. Trois heures après, on fit une troisième injection semblable aux premières, et pendant laquelle le malade avait la sensation d'un liquide qui se mouvait sous

la clavicule. Vers minuit, une forte sueur se manifesta; elle occupait principalement la poitrine. Le 25, on fit la quatrième injection (douze heures après la troisième), qui fut suivie d'horreur de l'eau et de l'air; l'odeur des oranges provoqua des convulsions. Vers midi, le malade huma de la bière par un long tuyau; il en prit de cette manière jusqu'à treize onces; la moindre agitation de l'air lui paraissait intolérable. A huit heures du soir, le malade prit encore de la bière par le tuyau; à minuit il en but sans se servir de cet instrument; il ne pouvait supporter la vue de l'eau et avait la plus grande peur de la moindre agitation de l'air. Le 26, à six heures du soir, on fit une cinquième injection de quinze onces; peu de temps après, le tétanos se manifesta et enleva le malade au bout de quelques heures. Dans le cours de la maladie, on avait injecté dans les veines soixante-trois onces d'eau distillée. A l'ouverture du cadavre, l'on trouva les vaisseaux des méninges et des hémisphères cérébraux dilatés, et un épanchement d'une demi-once de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde, près de la moelle alongée; la substance cérébrale était comme macérée dans l'alcohol, et présentait, étant coupée, une infinité de points rouges; les ventricules ne contenaient pas de sérosité; la toile choroïdienne et les veines de Galien étaient gorgées de sang; les vaisseaux, principalement ceux du pont de varole, de la moelle alongée, du commencement de la moelle épinière, étaient comme injectés artificiellement; cette injection était extrêmement forte à l'origine des nerfs acoustiques, facianx, vagues, glosso-pharyngiens, hypoglosses et accessoires de Willis. Entre la pie-mère et la dure-mère du canal rachidien, se trouvaient à peu près deux onces de sérosité; les veines vertébrales étaient gorgées de sang. Les nerfs lombaires étaient accompagnés, depuis leur origine jusqu'à leur passage par les trous invertébraux, par une infinité de veinules. Les glandes salivaires, les nerfs hypoglosses, glosso-pharyngiens, vagues et accessoires de Willis, ne présentaient rien d'anormal. La membrane muqueuse de l'épiglotte, de la glotte, de la paroi postérieure du larynx et d'une partie du pharynx était fortement rougie. A la moindre incision dans le cadavre il s'en écoulait beaucoup de sang noir qui se décomposait rapidement.

Obs. II.[e] — Au mois de décembre 1821, Joseph J.... avait à la jambe gauche un abcès sur lequel il appliquait souvent de la crême, qu'il faisait ensuite lécher par son chien; trois jours après la guérison de cet abcès, le chien fut affecté de la rage, mordit plusieurs autres chiens et disparut. Joseph, inquiété par cet événement, consulta un médecin, qui lui conseilla d'appliquer un emplâtre irritant sur la cicatrice. Le 8 février 1824, Joseph se sentit incommodé sans cause connue; il passa la nuit sans dormir, et le 9 février l'hydrophobie

se déclara ; on pratiqua une saignée. Dans la nuit du 9 au 10 le malade ne dormit point, l'horreur de l'air vint se joindre à l'hydrophobie, le malade boucha soigneusement toutes les fentes qui pouvaient donner accès à l'air extérieur, et pria ceux qui l'entouraient de ne point faire de bruit et de ne point agiter l'air. Il ressentait de la constriction à la gorge et aux narines, qu'il soulageait en y introduisant les doigts et en se faisant appliquer sur le cou des linges trempés dans l'eau froide. A dix heures du soir, une salivation abondante se manifesta, l'anxiété allait toujours en croissant, des convulsions s'y joignirent, et le malade perdit connaissance ; ces symptômes revinrent par accès plusieurs fois dans la nuit, et le matin, à cinq heures, le malade expira dans les convulsions. A l'ouverture du cadavre, qui fut faite le lendemain, on trouva tout l'encéphale gorgé de sang, principalement à l'origine des nerfs ophthalmiques et optiques ; la membrane muqueuse de l'arrière-bouche, du larynx et de la trachée-artère fortement rougie, des ecchymoses se trouvaient à la glotte et aux amygdales ; les nerfs vagues, sympathiques, cervicaux et accessoires de Willis et la membrane externe des carotides étaient fortement injectés. L'estomac était contracté et rougi ainsi que les intestins. Des vaisseaux artériels gorgés de sang se distribuaient en grand nombre au plexus cœliaque. (*Hufeland's Journal*, 1828, *julius.*)

Affection particulière des nerfs de la moelle épinière. — *Obs. par le docteur Brown.* — Cette maladie est commune chez les jeunes gens, et peu fréquente chez les individus âgés : le docteur Brown la considère comme le produit d'une irritation de quelques-uns des nerfs rachidiens. Cette affection, qui, suivant lui, n'a été décrite par aucun auteur (1), n'est pas généralement dangereuse, mais elle peut offrir le caractère inquiétant que présentent quelquefois certaines maladies nerveuses, dont la durée se prolonge beaucoup : on ne doit pas, dit-il, la confondre avec le spinitis, la myélite, etc., qui peuvent seulement la compliquer dans certains cas. Afin de donner une idée de cette maladie, notre auteur en rapporte l'exemple suivant.

Mademoiselle C....., âgée de dix-sept ans, d'une constitution robuste, ressentait depuis un an environ une douleur continue, située au-dessous de la mamelle gauche ; elle avait constamment occupé le même siége et augmentait d'intensité pour peu que cette jeune personne se fatiguât. Le coucher, dans une situation horizontale, ap-

(1) Nous pensons que l'affection décrite ici par le médecin anglais a beaucoup de rapport avec les névralgies thoraciques signalées par M. Fouquier, et décrites par M. Nicod dans le *Nouveau Journal de Médecine*, tom. III, pag. 247. (*Note du trad.*)

portait toujours du soulagement, la pression ne causait pas plus de douleur. Un chirurgien, qui fut consulté, considérant cette affection comme rhumatismale, avait employé sans succès la saignée et les vésicatoires. Cette malade s'étant rendue à Glasgow, le docteur Brown examina d'abord soigneusement le rachis, qui n'offrait aucune déformation appréciable, mais en pressant vers la septième et huitième vertèbres dorsales, la malade se plaignit d'une légère douleur dans ce point, et qui correspondait à celle qui existait depuis si long-temps sous la mamelle gauche. Un purgatif fut d'abord administré, dix sangsues furent ensuite appliquées sur la région douloureuse du dos, puis un vésicatoire, et la malade conserva une position horizontale. Au bout de peu de jours, tout sentiment douloureux était disparu dans le dos et le côté, et la malade retourna dans sa famille avec la recommandation d'entretenir quelque temps la suppuration du vésicatoire.

Le docteur Brown, considérant comme inutile de rapporter cinquante autres observations semblables qu'il a rencontrées, soit dans sa pratique particulière, soit dans l'hôpital, trace ainsi l'historique de la maladie. Le siége que la douleur occupe dans la poitrine est extrêmement variable, il est tantôt à droite, tantôt à gauche, mais plus souvent à droite. Dans quelques cas, la douleur est éloignée seulement de quelques pouces du rachis, plus fréquemment elle est voisine du sternum, et parfois directement au-dessous de cet os. Elle consiste communément en un sentiment de fatigue, ou dans une sensation semblable à celle que cause une contusion. La pression ne l'exaspère que très-rarement. Le plus ordinairement elle est notablement diminuée, et même elle cesse par la position horizontale un peu prolongée. Dans la plupart des cas, les malades accusent une douleur dans un point du rachis, soit lorsque le médecin exerce successivement une pression sur la longueur du dos, soit en appliquant sur cette région une éponge imbibée d'eau chaude (1) : dans ces deux explorations, et surtout dans la seconde, le malade se plaint assez souvent d'éprouver une douleur très-aiguë. La flexion du rachis réveille généralement la douleur du dos, qui s'étend rapidement au côté déjà affecté, preuve manifeste du rapport direct qu'il y a entre l'une et l'autre; souvent la pression exercée sur le dos donne lieu à un sentiment d'oppression, et même de douleur, dans la poitrine.

Le plus fréquemment, le point douloureux du dos n'excède pas un pouce de diamètre, mais quelquefois aussi la sensation pénible s'é-

(1) Ce moyen a été proposé depuis long-temps par Copeland, pour reconnaître le siége précis de l'inflammation de la moelle épinière. (*Note du trad.*)

tend plus ou moins loin en bas ou en haut. En général, la région douloureuse du rachis correspond au-côté de la poitrine où réside la douleur. Ces différens symptômes sont rarement accompagnés de fièvre; quelquefois il y a de la toux, mais comme convulsive et sans expectoration. Dans deux cas, les jeunes malades éprouvaient un sentiment de fatigue douloureux qui s'étendait de la poitrine à l'abdomen : il fallut les obliger à conserver pendant un mois la position horizontale, et leur pratiquer un cautère. Suivant le docteur Brown, cette maladie siége plus souvent de la huitième à la neuvième vertèbre dorsale : on l'observe un peu moins souvent au milieu du dos, et elle affecte aussi la seconde et la troisième vertèbre cervicale. Dans un cas très-compliqué, il existait deux points douloureux très-distincts, qui étaient chacun le centre d'un grouppe particulier de phénomènes : avec la douleur du côté droit de la poitrine qui coïncidait avec celle qui résidait dans les dernières vertèbres dorsales, le malade se plaignait d'un sentiment douloureux dans le bras et la jambe du même côté; au bout de quelque temps, la seconde et la troisième vertèbres cervicales devinrent douloureuses, et peu après il survint une douleur dans le côté gauche du cou, qui se répandit bientôt sur les côtés de la tête en suivant les ramifications des premières et secondes paires de nerfs cervicaux. Le coucher en supination et l'application de cautères sur les côtés du rachis, dans le point affecté firent cesser les douleurs au bout de trois mois. Le malade, devenu phthysique, succomba plus tard. Le docteur Brown a très-rarement vu les deux côtés de la poitrine devenir simultanément douloureux : voici ses conclusions.

1.° La cause immédiate de la douleur dorsale et thoracique est une contraction spasmosdique des muscles spinaux, qui déplace légèrement quelques vertèbres, ou qui comprime les nerfs spinaux à leur sortie du canal rachidien; 2.° ce spasme musculaire est souvent une affection toute locale produite par la fatigue, par une position incommode ou toute autre cause tout-à-fait indépendante d'une affection du cerveau, de la moelle et du système nerveux en général; 3.° ce n'est que dans les cas où se manifestent des symptômes graves, comme une paralysie partielle, l'altération de la vue, des vertiges, qu'on peut supposer avec raison que les centres nerveux sont le point de départ des contractions spasmodiques des muscles. Les sangsues sur le point malade, puis un vésicatoire, et même des cautères si la maladie est rebelle, et surtout le coucher en supination, tels sont les moyens curatifs à l'aide desquels on triomphe du mal. (*The Glascow Med. Journal*, n.° 11.)

Douleurs attribuées a la compression des nerfs diaphragmatiques et pneumo-gastriques. — Une femme sexagénaire éprouvait depuis

très-long-temps une douleur qui revenait par accès derrière le sternum et à la base de la poitrine. Cette douleur, d'abord légère, avait augmenté d'intensité tout en conservant son caractère intermittent, et bientôt s'était accompagnée de violentes palpitations de cœur, de difficulté de respirer, d'œdème dans les membres supérieurs, de petitesse du pouls, enfin de tous les signes qui peuvent faire présumer l'existence d'un obstacle au libre cours du sang dans les membres thoraciques. En effet, on expliquait parfaitement ainsi le trouble que présentaient les mouvemens du cœur. Cette femme entra à la Pitié, et y resta environ deux mois pendant lesquels elle se plaignit particulièrement de douleurs qu'elle éprouvait derrière le sternum et à la base du thorax; les palpitations et l'oppression n'étaient rien en comparaison. Quoique l'appétit fût nul, le peu d'alimens pris par la malade était bien digéré; la maigreur était excessive, et la voix d'une faiblesse remarquable. La mort arriva enfin, et à l'ouverture du cadavre on reconnut les dispositions suivantes : Les nerfs pneumo-gastrique et diaphragmatique gauches, l'aorte, les troncs qui naissent de sa crossse, les vaisseaux veineux qui rapportent le sang des membres supérieurs, étaient entourés, dans différens points de leur étendue, de masses squirrheuses qui les comprimaient, mais sans les avoir désorganisés. Le cœur, dont les dimensions étaient ordinaires, offrait une couleur violacée, plus foncée que dans l'état normal, et son tissu semblait avoir perdu de sa consistance. Les poumons étaient sains; on trouva seulement, au sommet de celui du côté droit, une excavation que remplissait un sang noirâtre et à demi-concret. L'appareil digestif présentait un commencement d'atrophie; mais on ne pouvait y découvrir aucune autre lésion. (*Journ. anal.*, *etc.*; décembre, 1828.)

Rupture du cœur; tumeur anévrysmale de cet organe.—*Observations par le D.r Bignardi.* —Marianne Prezzi, âgée de 58 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution grêle, sujette à des flux diarrhéiques par la simple impression d'un air froid, avait toujours joui d'ailleurs d'une bonne santé, lorsqu'elle éprouva, le 21 février 1828, une chaleur brûlante dans les deux yeux qui l'empêcha de travailler comme de coutume. Le chirurgien qu'elle consulta à ce sujet lui fit appliquer une sangsue à chaque œil, et faire des lotions répétées sur les deux yeux : un purgatif fut administré; elle suivit un régime doux, et au bout de quelques jours toute la douleur était dissipée. Dans les premiers jours de mars, il survint de la fièvre, avec une inflammation érysipélateuse à la partie latérale gauche et inférieure du cou. Le 8 mars, elle consulta le docteur Bignardi qui voulut inutilement revenir à la saignée; la malade s'y refusa dans la crainte que la perte de sang n'affaiblît sa vue. Il fallut se borner à des boissons délayantes et à la diète. Le dixième jour, la région du cou qui

avait été primitivement enflammée offrit une sorte de battement analogue aux pulsations artérielles, et rien ne put expliquer ce phénomène insolite. Les battemens du cœur ne présentaient rien d'anormal et n'offraient pas de rapport avec ceux du cou, qui ne dépassaient pas cinquante par minute. Une saignée et des applications émollientes firent disparaître ces nouveaux accidens, et la malade commença à reprendre ses occupations. Dans le cours de la journée du 14 mars, elle s'était plainte à plusieurs reprises d'un sentiment passager de froid et de torpeur dans les deux mains, et particulièrement de la gauche : la nuit suivante avait été assez calme, lorsque le 15 au matin, comme elle s'occupait à refaire son lit, elle s'écrie tout-à-coup que la tête lui tourne, et elle tombe morte.

L'ouverture du cadavre fut faite cinquante heures après la mort. L'aspect extérieur n'offrait rien de remarquable; lividités à la région lombaire. Les vaisseaux cérébraux étaient vides de sang; la substance cérébrale était plus consistante qu'on ne l'observe communément. Les poumons étaient très-sains et crépitans; le péricarde était énormément distendu par une grande quantité de sang : en enlevant cette couche fibrineuse qui enveloppait le cœur, on trouva cet organe mou, un peu décoloré, sans aucune tache ni ecchymose. A sa face postérieure, à un pouce environ de sa pointe et à quelques lignes de son bord droit et inférieur, dans un endroit qui n'était pas recouvert de graisse, existait une ouverture longitudinale, pénétrant dans la cavité du ventricule gauche, ayant six lignes de longueur sur une demi-ligne de largeur, dirigée suivant l'axe longitudinal du cœur; les bords de cette déchirure étaient irréguliers, inégaux et lacérés. A gauche et à trois lignes de distance de cette rupture de la paroi du cœur, on remarquait une autre fissure linéaire d'une direction analogue, qui n'était fermée que par la lame du péricarde qui se réfléchit sur le cœur. Le tissu musculaire environnant ces deux déchirures était plus mou que dans le reste de son étendue. Les cavités du cœur étaient vides de sang; elles n'offraient pas de dilatation appréciable. Les parois du ventricule gauche étaient un peu épaissies. On ne put trouver aucune apparence d'altération de la membrane qui tapisse ce ventricule soit à quelque distance, soit dans le voisinage du point où s'était opérée la rupture; mais le tissu musculaire correspondant aux deux déchirures avait moins d'épaisseur, il était ramolli, plus pâle, jaunâtre, et n'offrait pas la disposition fibreuse qui lui est propre. Examiné au microscope, la surface lacérée paraissait granulée et formée de globules plongés au milieu d'une sérosité épaissie. Il n'y avait aux environs ni pus ni matière puriforme. Aucune odeur fétide ne s'exhalait de l'organe affecté. Toutes ses ouvertures vasculaires étaient dans l'état normal. La veine azygos parut d'un vo-

lume un peu plus considérable que dans l'état ordinaire. Tous les autres organes du thorax et ceux de l'abdomen ne présentaient rien de particulier.

A la suite des réflexions que le docteur Bignardi fait au sujet de cette observation, il expose quelques considérations générales tendant à prouver que la dilatation partielle ou totale des artères resulte toujours du ramollissement de leur membrane moyenne, phénomène morbide qu'il rapproche de l'altération du cœur qui vient d'être décrite; il pense que la rupture qui a lieu le plus souvent, et à la suite de laquelle le sac anévrysmal se forme, est toujours consécutive à l'altération de la membrane moyenne ou fibreuse de l'artère. Pour achever de montrer l'analogie qu'il trouve entre cette altération des artères et celle qui amène la rupture du cœur, le docteur Bignardi rapporte le fait suivant.

Dans l'hiver de 1823, une jeune personne de Modène, nommée Radichi, mourut subitement au moment où elle faisait ses preparatifs de toilette pour se rendre à un bal. A l'ouverture du cadavre, on trouva le péricarde énormément distendu par le sang qui y était épanché. En examinant soigneusement le cœur, on observa à la base du ventricule gauche, près l'insertion de l'aorte, une petite tumeur de la grosseur d'une fève, formée uniquement par l'adossement de la membrane interne du ventricule et du feuillet séreux qui revêt le cœur. Cette tumeur, qui formait un relief sensible à la surface du cœur, était le siége de la déchirure qui avait donné lieu à l'épanchement sanguin et à la mort. Cette déchirure n'intéressait que les parois de la petite tumeur, et s'était effectuée dans le point où le tissu musculaire cessait d'exister. Cette observation remarquable n'est-elle pas un exemple de rupture du cœur consécutive à l'altération de son tissu musculaire? (*Annali universali di med.*; janvier, 1829.)

Abcès sous l'omoplate, ouvert dans la poitrine et simulant une phthisie pulmonaire. — *Obs. par le docteur Balzac.* — La femme B., journalière, âgée de 26 ans, d'un tempérament sanguin, ayant négligé de se faire saigner comme elle en avait contracté l'habitude depuis plusieurs années, fut prise d'une *pneumonie* du côté droit; elle fut traitée par les moyens usités. Six mois après, condamnée par plusieurs praticiens comme atteinte d'une phthisie pulmonaire, elle appela le docteur B. qui la trouva dans l'état suivant: émaciation, affaiblissement extrême, toux par quintes, expectoration épaisse, très-abondante et purulente, insomnie depuis douze jours; épaule droite beaucoup plus élevée que la gauche; cette difformité n'existait pas avant la maladie; son mat de la portion droite de la poitrine, surtout en bas. Le stéthoscope fait entendre un *susurrus* fort distinct, surtout dans le moment de la toux, quoique l'air pénètre

presque tout le poumon. En palpant les environs de l'omoplate, évidemment soulevée, on découvre une tumeur située profondément sous cet os, sentie assez facilement sous son bord vertébral, à cause de l'amincissement du plan musculaire. (*Potion opiacée, large cataplasme émollient arrosé de laudanum sur l'épaule.*) Deux jours après la malade ayant repris un peu de force, tant à cause du sommeil procuré par l'opium que par suite de l'espérance d'une guérison prochaine, le docteur B. pratiqua le long de la partie moyenne, et à quatre lignes environ du bord vertébral de l'omoplate droite, une incision qui intéressait les tégumens et le plan musculaire qui s'insère à cet os, et avait dix-huit lignes d'étendue. Ayant alors senti de la fluctuation dans la tumeur, il y plongea le bistouri, et un pus entièrement analogue aux crachats s'écoula le long de l'instrument. L'ouverture ne fut pas agrandie de peur de donner entrée à l'air dans la poitrine. La plaie fut pansée à plat. La malade fut couchée sur le dos, avec injonction de ne pas changer de situation. On lui donna quelques cuillerées de vin. Le lendemain, l'appareil était baigné de pus; la malade n'avait pas craché une seule fois depuis l'opération. Quelques quintes de toux n'avaient amené que des mucosités. Pendant quelques jours des mèches de charpie furent introduites dans l'ouverture, tenue béante plus tard avec trois ou quatre pois à cautère. Au bout de deux mois environ, la malade était totalement guérie, les forces et l'embonpoint revenus; l'omoplate avait repris sa place; les règles, qui n'avaient pas paru depuis huit mois, se rétablirent. Un cautère fut établi au bras, et la suppuration du dos supprimée. Depuis quatre ans la santé de la femme B. ne laisse rien à désirer. (*Journ. des Progr.*, tome XIII, p. 227.)

Iléus produit par une invagination du colon ascendant. — *Obs. par le docteur Basedov.* — Un petit garçon âgé de quatre mois, se portant très-bien, fut pris tout-à-coup, après avoir mangé un peu de bouillie, de coliques violentes qui bientôt présentèrent tous les caractères d'un iléus très-aigu : impossibilité de conserver la position horizontale, cris continuels, corps fortement courbé en arrière, vomissement de tout ce qui est pris. Le soir, à la suite d'un lavement, évacuations par l'anus d'une assez grande quantité de sang rose, et plus tard de pus sanieux très fétide. Le ventre reste mou et peu gonflé. Nulle amélioration du reste, sueurs froides avec refroidissement aux extrémités; mort le lendemain soir. A l'autopsie le colon ascendant fut trouvé entièrement invaginé dans le colon transverse, lequel était très-enflammé et même gangréné en partie. En pressant légèrement la tumeur formée par l'invagination, qui était dure, alongée, d'un pouce de diamètre, on fit sortir une sanie putride, verdâtre, et d'odeur gangréneuse. Il n'existait aucune per-

foration des membranes. L'épiploon était très-enflammé et même gangréné. Le reste du canal intestinal était sain. (*All. Rep*, jan. 1828, s. 80. — *Journal des Progrès*, t. XIII.)

Combustion spontanée des deux mains. — *Obs. communiquée par le docteur Richond-Des-Brus.* — M. Dessimont, âgé de 24 ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament sanguin, cheveux noirs, assez épais, plutôt maigre que gras, bien portant, et naturellement très-sobre, se rendit à l'église cathédrale du Puy dans la soirée du 19 avril 1827. Il y resta peu. La chaleur insupportable qu'il y éprouvait le força à sortir, et il se retira dans l'appartement de son frère. Vers les neuf heures et demie, celui-ci s'amusait à faire brûler à la chandelle un petit fragment de soufre. Cette substance s'étant liquéfiée et enflammée coula sur ses doigts, et détermina une douleur assez vive pour qu'il s'empressât de les secouer. Dans ce mouvement brusque quelques gouttes de liquide enflammé s'attachèrent à son habit et l'embrâsèrent. L'incendie faisait des rapides progrès; il appelle au secours, et aussitôt M. Dessimont, qui était occupé à quelque distance de lui, accourt avec rapidité et s'efforce d'étouffer le feu en serrant ses vêtemens dans ses mains. Il réussit. Son frère en fut quitte pour une brûlure légère à deux doigts, et pour un trou à son habit. Mais il n'en fut pas de même de Dessimont. A peine s'apercevait-il que son frère n'avait plus rien à redouter, qu'il éprouva des douleurs très-vives dans les mains. Il pousse des cris, appelle au secours, et la femme Ginoux qui accourt, s'aperçoit aussitôt que ses mains étaient couvertes de flammes. Elles brûlaient comme des chandelles, m'a-t-elle dit, mais les flammes étaient bleuâtres. La première idée qui se présenta à leur esprit fut que la flamme était produite par le soufre; on s'efforça donc de l'éteindre par des affusions froides, mais ce fut en vain. Un cataplasme fait avec de l'huile et de la farine fut préparé à la hâte, et ne fit qu'augmenter l'incendie. M. Dessimont descendit chez un coutelier qui habite la même maison, et trempa ses mains dans la boue qui se trouvait sous la meule; il ne fut que peu soulagé. Enfin, après une demi-heure de douleurs intolérables, il se fit ouvrir la porte, et courut avec rapidité jusques chez moi. Pendant tout ce trajet, il vit distinctement, ainsi que la femme Ginoux, une flamme qui était assez vive pour l'éclairer. A la force avec laquelle on sonnait, je jugeai que le cas était urgent, et je me hâtai de descendre avec un domestique. A peine la porte était ouverte, que M. Dessimont, l'œil égaré, la figure rouge, et l'expression du désespoir peinte dans tous ses traits, s'écria : Vite, Monsieur, vite, appliquez-moi quelque chose sur les mains, je suis tout en feu; je brûle, regardez, je brûle; et il me montrait ses mains. Elles étaient très-rouges, gonflées, et une espèce de vapeur ou de fumée s'en éle-

vait. A peine put-il rester deux minutes pour m'expliquer la cause de son accident; il remuait sans cesse, et accusait la lenteur que je mettais à le soulager. Comme l'immersion prolongée des parties brûlées dans un liquide froid est le moyen le plns efficace pour soulager dans ces cas, je lui conseillai d'aller à une fontaine qui se trouve vis-à-vis de chez moi, d'y plonger les mains, d'y rester jusqu'à ce qu'il se sentît soulagé, puis de se faire préparer des bains froids pour la nuit. Aussitôt il s'échappa et courut à la fontaine, sans que je pusse approfondir l'état des choses, et ce ne fut que le lendemain que j'appris les détails précédens. M. D. m'assura que tant qu'il avait eu les mains dans l'eau de la fontaine, il avait éprouvé du soulagement, que les flammes s'étaient éteintes, et qu'il avait pu courir pendant un certain temps sans en voir, mais qu'à cent cinquante pas de distance à-peu-près il les avait vues reparaître. Arrivé chez lui il se fit préparer deux seaux d'eau dans chacun desquels il trempa une main. En peu de temps l'eau fut chaude, et dut être renouvellée toute la nuit. Pendant toute la nuit les douleurs furent assez vives. Cependant l'eau produisait du soulagement. Chaque fois qu'il sortait les mains du liquide, il voyait, m'a-t-il dit, une espèce de graisse couler sur ses doigts, et des flammes bleuâtres reparaître aussitôt; mais il ne les distinguait bien que lorsqu'il avait le soin d'examiner les parties sous une table qui les abritait de la clarté que répandait la chandelle. M. Valette, jeune écolier âgé de 15 ans, qui couchait dans la même chambre, vit plusieurs fois ces flammes dans le courant de la nuit, et me l'a affirmé avec cette assurance qu'inspire la seule vérité. Vers le point du jour, M. D. n'apercevait plus que des espèces d'étincelles qu'il croyait, mais à tort, dissiper par des frottemens brusques.

Les douleurs furent vives pendant une partie de la journée, mais elles eurent un caractère différent. Elles étaient moins âcres, moins poignantes que les premières. Il y avait sur presque toute l'étendue de chaque main, mais surtout sur les doigts, de volumineuses ampoules remplies d'une sérosité rougeâtre. Dans plusieurs points, l'épidermo était totalement enlevé, et le derme dénudé était grisâtre; il paraissait corrodé. L'artère radiale battait avec force, et de légers signes d'irritation gastrique étaient prononcés. De légères incisions furent faites aux ampoules, du linge enduit de cérat, et des cataplasmes furent appliqués; et la diète et l'usage de la limonade furent prescrits. Comme Dessimont a toute sa famille dans un bourg distant du Puy de cinq lieues (Chomely), il voulut y aller dans cette circonstance. Je lui recommandai, avant son départ, de se faire saigner du bras si l'inflammation était violente. Je renouvellai mes questions, les lui fis de mille manières diverses, et tou-

jours ses réponses furent conformes aux premières. Au moment où il me quitta, il avait les mêmes vêtemens que le jour de l'accident, et aucune partie n'avait éprouvé de brûlure. La manche même de sa chemise ne brûla pas, bien qu'un des poignets eût été assez fortement endommagé.

Désirant acquérir sur ce fait des renseignemens nouveaux, et redoutant de m'en laisser imposer par de fausses apparences, je me transportai dans la maison où l'accident avait eu lieu. Là j'interrogeai les personnes qui en avaient été témoins, et leurs réponses me parurent faites avec tant de bonne-foi, que je fus obligé de regarder comme avéré que M. Dessimont avait présenté un des phénomènes de combustion qui étonnent et confondent la raison. Vingt-deux jours après l'accident j'eus occasion de passer à Chomely. J'allai voir M. Dessimont, et je le trouvai dans un état très-satisfaisant. La saignée n'avait pas été nécessaire, l'inflammation avait été modérée, une suppuration de bonne nature avait eu lieu; et déjà alors, il avait plusieurs doigts entièrement guéris. Le médius et le poignet de la main droite étaient les parties les plus malades. Une ulcération assez profonde s'y faisait remarquer. Du reste, point de fièvre, bon appétit. Vers les premiers jour du mois de juin, M. Dessimont revint au Puy parfaitement guéri. On remarquait alors d'assez larges cicatrices, non difformes, sur les doigts et les poignets. Une d'elles s'opposait un peu à l'entière extension du doigt auriculaire de la main gauche; plusieurs des ongles étaient tombés, ou prêts à tomber. L'un d'eux avait été brûlé à sa racine, et ne repoussera probablement pas.

Si la flamme n'avait été aperçue qu'immédiatement après l'incendie de l'habit du frère de M. Dessimont, l'on aurait pu penser avec raison qu'elle avait été produite par quelques parcelles de soufre enflammé, adhérentes à la peau des mains; mais elle a résisté aux affusions d'eau froide, aux bains prolongés, elle a persisté pendant toute la nuit; elle s'est reproduite spontanément peu de temps après le bain de la fontaine; elle fut d'abord assez vive pour étonner les témoins, et faire dire à la femme Ginoux que les mains brûlaient comme des chandelles; on ne peut donc pas penser à cette explication. Lorsque M. Dessimont arriva chez moi, je n'aperçus qu'une vapeur, qu'une espèce de fumée; mais il faut remarquer que j'étais alors éclairé par la chandelle que j'avais à la main et par celle qu'avait mon domestique, et que dès-lors la flamme légère qui existait pût être, pour ainsi dire, *éclipsée*. Si on la vit plus distinctement chez M. Dessimont, c'est probablement parce qu'alors elle était plus vive, et parce que la chandelle qui était dans l'appartement ne répandait qu'une faible clarté. A quoi donc attribuer cette

combustion ? au gaz hydrogène ? Mais qui est-ce qui l'aurait produit ? On pourrait admettre, comme plus probable, que la vive excitation déterminée par la première brûlûre donna lieu à un dégagement de gaz phosphorescens qui s'enflammaient à l'air. Par là on expliquerait le peu de gravité des lésions ; mais expliquerait-on de même la douleur brûlante qu'éprouva le malade pendant toute la nuit, la continuité du dégagement de gaz, et la reproduction des flammes déjà éteintes ? L'électricité ne me semble pas expliquer mieux le phénomène. Cette observation est analogue à celle que M. le docteur Moulinié a fait insérer dans le tome XV du *Nouveau Journal de Médecine*, N.° de décembre 1822.

Accidens et mort déterminés par le séjour d'un noyau de prune dans le rectum, siége d'un rétrécissement squirrheux. — *Obs. communiquée par le docteur Chottard fils, médecin à Hennebon.* — M.me Cab...., douée d'un tempérament sec et nerveux, dans la force de l'âge, marchande à Hennebon, éprouvait, depuis six semaines, une constipation opiniâtre, elle en ignorait la cause. A cette époque, M. Chottard père, médecin en chef de l'hospice, fut consulté par la malade. Des lavemens furent ordonnés, mais ils ne pouvaient pénétrer dans le canal intestinal. Des huiles purgatives furent également sans effet. On explora la partie ; un obstacle fut reconnu avec la sonde, car le doigt ne pouvait parvenir jusqu'à lui, vu le rétrécissement de l'intestin ; et comme le toucher faisait reconnaître un épaississement considérable du rectum avec rétrecissement de diamètre de l'intestin, on admit qu'une lésion organique avait produit l'occlusion du canal intestinal. Mais après trois mois de constipation opiniâtre survint une diarrhée que rien ne pouvait tarir ; les matières étaient aussi liquides que l'eau, et de plus, elles sortaient en grande partie par le vagin, ce qui affecta singulièrement la malade. Mais le doigt, introduit dans le vagin, ne pouvait rien apprécier de sensible ; en effet, le conduit était sain, et la fistule, comme le prouva l'ouverture du corps, n'était qu'un pertuis. Plus tard survinrent des hémorrhagies terribles par le rectum, une partie du sang sortait également par le vagin. L'innervation diminuait chaque jour, l'oreille percevait difficilement les sons. Une petite toux sèche survint avec un point de côté, et la malade expira le 14 juillet 1827, après onze mois de souffrnce.

Ouverture du corps trois heures après le décès. — Marasme de la figure et des membres thoraciques, infiltration des extrémités inférieures, distension considérable du ventre, surtout au nombril ; il rend un son mat par la percussion. Cette habitude extérieure du cadavre était celle qu'offrit la malade les derniers mois de son existence. Parois de l'abdomen minces, distension de tous les muscles ; le péri

toine est rouge dans la plus grande partie de son étendue. La cavité contenait à peine une chopine de sérosité citrine ; dilatation extrême des intestins ; le gros intestin avait une dimension démesurée et avait contracté des adhérences très-fortes en plusieurs points. L'intestin grêle était seulement un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire. Estomac affaissé sur lui-même, de grandeur naturelle, ainsi que le duodénum, qui même était rétréci à son origine, quoique ses parois fussent fort minces. La coloration extérieure de l'intestin était rouge dans la plus grande étendue, ardoisée dans quelques portions, et même noirâtre en un point ; la portion correspondante du péritoine était plus rouge que partout ailleurs. Aussitôt qu'on eut piqué l'intestin pour l'ouvrir il s'écoula des flots d'une matière homogène très-fluide, grisâtre, spumeuse, ayant l'aspect de blanc d'œuf bien battu ; l'odeur exhalée m'a paru appartenir aux chairs plutôt qu'à cette matière. Tout le canal intestinal en était rempli, et ne contenait pas un atôme de matière dure. La quantité qu'on en a retirée était prodigieuse, puisque les portions du gros intestin étaient aussi grosses que la cuisse d'un homme. A peine quelques gaz se sont échappés à l'ouverture du gros intestin. Ses parois étaient d'une minceur extrême ; lavées elles conservaient une teinte rouge, due peut-être en partie à la transparence des parois qui pouvait faire ressortir davantage le réseau vasculaire. Rectum considérablement dilaté à son origine où ses parois avaient à-peu-près leur épaisseur naturelle, présentant, un pouce et demi à deux au-dessous, un rétrécissement remarquable. Le doigt introduit avec peine, rencontre un obstacle, c'est un noyau de prune qui, placé en travers de l'intestin, l'avait complètement obstrué. A partir du point où nous trouvâmes le corps étranger, le rectum était squirrheux dans toute son étendue. L'ayant incisé dans sa longueur, il nous fut facile de voir que la place que le noyau occupait, malgré qu'elle en eût exactement la forme, n'avait pas été son emplacement primitif. Car un demi pouce plus bas on voyait une empreinte semblable, et à en juger par les lésions qui s'y trouvaient, il dut y séjourner long-temps ; mais les efforts employés au moyen des sondes étaient sans doute parvenus à le soulever un peu. Dans la portion du rectum qu'il occupait en dernier lieu, la membrane muqueuse n'était que rouge, et le tissu sous-muqueux n'était pas converti en squirrhe, tandis que dans l'endroit où il avait été enchâssé primitivement et où il séjourna long-temps, la membrane muqueuse avait été réduite en putrilage grisâtre, et malgré l'épaisseur des parois squirrheuses en cet endroit, elle était moins consistante que dans le reste du rectum : c'est en ce point, qui correspondait à l'insertion du vagin au col de la matrice, qu'existait la fistule recto-vaginale ;

elle avait été produite, sans aucun doute, par la pointe acérée du noyau; par suite du déplacement de ce corps étranger le pertuis s'était trouvé libre; et quoique le noyau fût également placé en travers dans sa dernière position, il était bien moins comprimé en avant et en arrière par le rectum que dans la première position où il était véritablement enclavé. Il fut constaté sur la pièce pathologique que le pertuis du vagin avait été produit par la pointe du noyau, parce qu'il s'y adaptait exactement. Dans l'état même de lésion où se trouvait le rectum, si le noyau avait pu être placé dans une position verticale, il eût franchi facilement l'intestin. Le rectum était tellement squirrheux qu'il était impossible au doigt de s'y introduire dans la portion correspondante à l'insertion du vagin au col de la matrice. A la terminaison de l'intestin, la membrane muqueuse était d'un rouge noir, ses replis très-forts et son système vasculaire très-apparent. Le foie et la rate, les reins et la vessie se trouvaient sains. Il en était ainsi de l'appareil génital, et le vagin, sans trace de phlegmasie, n'offrait aucune altération, pas même à l'endroit de la fistule qui n'admettait qu'un stylet très-mince : elle était de forme arrondie. La matrice, de grandeur naturelle, était de la couleur du tissu jaune élastique. Les ovaires, un peu rouges, n'offraient rien de remarquable. Le péritoine était épaissi dans toutes ses insertions à la paroi postérieure de l'abdomen, ainsi que dans les nouvelles insertions qu'il avait contractées.

Les poumons étaient sains et crépitans, il ne remplissaient pas toute la capacité du côté gauche; la plèvre costale était rouge, il existait de ce côté un petit épanchement sanguinolent, en rapport avec la toux qu'éprouva la malade à ses derniers momens, et la douleur de côté dont elle s'était plainte. Le cœur était flétri, peu volumineux.

M. Chottard fait observer que, d'après les symptômes observés (ventre énorme, faisant une saillie à l'ombilic, donnant un son mat à la percussion, infiltration des membres, oppression, diarrhée depuis long-temps) on aurait pu croire à une hydropisie ascite, et que si on n'eût pas été arrêté par l'idée de la lésion organique du rectum, on aurait pu faire la ponction, et s'exposer à transpercer l'intestin.

Thérapeutique.

Traitement du tétanos et du trismus, *par le professeur Fritz de Prague.* — M. Fritz commence le traitement de cette terrible maladie par de légers diaphorétiques : l'infusion et le rob de sureau; si, dans l'espace de vingt-quatre heures, le trismus augmente, M. Fritz ajoute à cette potion deux scrupules de teinture d'opium; cette dose

est augmentée d'un à deux scrupules de douze en douze heures, jusqu'à ce que le trismus commence à diminuer; alors on diminue graduellement la dose de teinture d'opium.

En 1816, se trouvait à la clinique de Prague une jeune femme pléthorique, qui était entrée à l'hôpital pour une plaie contuse au mollet; cette blessure approchait de sa guérison quand la malade fut affectée de trismus. M. Fritz prescrivit l'infusion de sureau et fit appliquer sur la plaie des cataplasmes de son et de l'onguent simple (Pharm. de Vienne) Douze heures après, le trismus cessa de faire des progrès; il commença à diminuer quarante-huit heures après son invasion, et au bout du sixième jour il avait disparu. — Le même traitement simple réussit chez un homme d'une vingtaine d'années, qui fut affecté de trismus à la suite d'un panaris : au bout de huit jours il fut guéri. La maladie fut plus violente dans le cas suivant : un homme de 33 ans, maigre, d'un teint jaunâtre, grand buveur de bière, était affecté depuis quinze ans d'une hydrocèle qui avait acquis un diamètre de cinq pouces. Au milieu du mois de mars 1827, M. Fritz l'opéra par incision. Le malade se trouvant fort bien, on lui accorda, le 17.e jour après l'opération, un demi-litre de bière et un peu de viande et de fruits. Le 21.e jour, le malade but un litre et demi de bière outre le demi-litre qu'on lui avait accordé; dans la nuit il sentit, suivant son expression, une sueur chaude qui l'incommodait, au point qu'il se découvrit à plusieurs reprises. La journée se passa bien; dans la nuit du 22.e jour, le malade se plaint de coliques et de diarrhée, on applique des vases chauffés et l'on donne à l'extérieur une décoction de salep avec dix gouttes de teinture d'opium. Le 23 et le 24, le malade se trouve bien; on cesse l'usage de la potion. Le 25, difficulté d'avaler, à laquelle le malade dit être sujet. (*Soupe et laitage, point de bière.*) Le 26, impossibilité d'ouvrir la bouche largement; tension dans l'articulation de la mâchoire et dans les tempes. Un médecin appelé en consultation prescrit : (*Pr. infusion de fleurs d'arnica, six onces; esprit de sel ammoniac succiné, un demi-gros; sirop diacode, une demi-once, à prendre par cuillerée à bouche de deux en deux heures.—Frictions sur l'articulation de la mâchoire avec un onguent composé de : onguent de digitale, onguent mercuriel, de chaque deux gros; laudanum, dix grains. Cataplasmes émolliens sur la mâchoire. Vésicatoire à la nuque. Pour nourriture, du laitage et un demi-litre de bière.*) Le lendemain, le trismus est augmenté; le médecin consultant répète la potion de la veille, et prescrit en outre : (*Pr. fleurs de zinc, huit grains; castoréum, quatre grains; sucre, un gros; à prendre en six fois dans les vingt-quatre heures.*) Dans la nuit, attaques de tétanos, trismus augmenté. Le 28.e jour, le médecin consultant n'ayant fait à ses pres-

criptions d'autre changement que de substituer la valériane à l'arnica, M. Fritz entreprit de traiter le malade d'après ses propres idées. Par considération pour le médecin consultant il continua les poudres, mais il fit cesser l'usage des cataplasmes qui incommodaient le malade, et il ajouta à la potion quatre scrupules de teinture d'opium. Le 29.e jour, tétanos augmenté, trismus complet. (*Point de poudre; potion avec deux gros de teinture d'opium; bain tiède, qui soulagea beaucoup le malade.*) Le 30.e jour, tétanos augmenté. (*Quatre gros de teinture d'opium; bain alcalin matin et soir.*) Le 31.e jour, point de changement. (*Six gros de teinture d'opium; deux bains alcalins.*) Le 32.e jour, même état. (*Deux bains alcalins; infusion de valériane, six onces; teinture d'opium, une once; sirop diacode, une demi-once.*) Le 33.e jour, même état. (*Teinture d'opium, une once et demie; deux bains.*) Le 34.e jour, déglutition très-difficile; du reste, même état que la veille. (*Teinture d'opium, deux onces; deux bains; vésicatoire autour du cou; gargarisme émollient avec une once de teinture d'opium.*) Le 35.e jour, tétanos diminué; organes des sens extrêmement sensibles. (*Teinture d'opium, une once et demie; deux bains.*) La maladie diminuant graduellement, on diminue de même la dose d'opium. Le 41.e jour, de petits furoncles se manifestent à la main, à l'avant-bras, au tronc, et principalement aux fesses. Le 43.e jour, écoulement hémorrhoïdal. Le 46.e jour, le malade quitte le lit, et quinze jours après la chambre. Pendant tout le cours de la maladie, on avait donné chaque jour un lavement d'infusion de camomille avec une once de teinture d'opium. Le malade avait pris par la bouche douze onces moins un demi-scrupule de teinture d'opium dans l'espace de dix-sept jours. La plaie avait fait, durant le trismus, des progrès vers la cicatrisation.

Sur sept malades affectés de tétanos, M. Fritz en a perdu deux, qui n'avaient pris que peu d'opium. Le professeur de Prague termine son mémoire par la remarque que l'incision et l'excision peuvent être indiquées dans le tétanos, mais que l'amputation ne l'est jamais. (*Medic. chirurg. Zeitung*, 1828, I.er Band. p. 236.)

Glossite aigue traitée avec succès par la méthode antiphlogistique; *parle prof. Speranza.* — M. B*** jouissait depuis long-temps de la meilleure santé, lorsqu'il s'exposa, pendant plusieurs heures, à un air froid dans le courant du mois de juillet dernier; la chaleur était alors excessive, et un exercice fatigant l'avait mis en sueur. La nuit suivante, il est reveillé par les douleurs d'une angine violente, et bientôt l'inflammation s'étendit à la langue. Quand M. Speranza vit le malade, deux jours s'étaient écoulés depuis le début des accidens, la langue était très-gonflée, rouge, douloureuse au moindre contact, et faisait saillie de la moitié de sa longueur hors de la

bouche ; de cette cavité, ainsi maintenue entr'ouverte, il s'écoulait une salive abondante et irritante qui humectait constamment les lèvres qui étaient elles-mêmes tuméfiées et douloureuses. La déglutition était impossible, l'arrière-gorge et le palais très-sensibles, la respiration pénible, et la suffocation à chaque instant imminente. La face était rouge et tuméfiée, les yeux rouges et larmoyans, la céphalalgie continuelle, le cou et le dos très-douloureux, le pouls dur, très-fréquent, la peau chaude et sèche, nausées qui se renouvelaient à chaque instant, urines rares et rouges, constipation. Dans cette circonstance grave il y avait autant à craindre d'un accroissement rapide dans l'inflammation que des accidens de la suffocation qui devenait de plus en plus imminente : M. Speranza eut aussitôt recours aux saignées générales et à l'application de sangsues au cou, sous le menton, aux lavemens répétés et aux lotions fréquentes faites sur la langue avec une infusion aqueuse de digitale. Sous l'influence de ces moyens, les accidens diminuèrent graduellement d'intensité, de telle sorte que le sixième jour le malade pouvait avaler librement, la respiration était facile, la fièvre presque disparue, et la langue réduite à peu près à son volume naturel : on employa concurremment avec les moyens indiqués, les boissons délayantes et quelques purgatifs qui procurèrent des évacuations abondantes et une excrétion copieuse d'urine. Le neuvième jour, il survint une sueur générale qui termina véritablement la maladie, laquelle marcha dès lors rapidement vers la guérison.

Le professeur Speranza s'appuie de cette observation pour rappeler les effets avantageux qu'il a vu résulter du traitement antiphlogistique dans la glossite, et des lotions sur la langue avec l'infusion aqueuse de digitale. Il oppose ce résultat heureux obtenu par la méthode antiphlogistique à ceux qu'on a rapportés pour préconiser les scarifications de la langue qui ont été conseillées dans cette maladie, (*Annali universali di med.* ; janvier, 1829.)

Trachéotomie dans le cas de corps étranger introduit dans le larynx et dans le cas de croup. — *Obs. par le docteur Mazier.* — Un enfant de quatre ans mit dans sa bouche une certaine quantité de haricots. Un de ses frères l'ayant heurté, il se détourna brusquement, fit une forte inspiration, et toussa très-long-temps, puis rejeta deux haricots. A dater de ce moment, respiration semblable à celle d'un asthmatique. Averti le lendemain, lorsque la santé générale n'était pas encore troublée, le docteur Mazier pensa qu'il y avait un corps étranger dans la trachée, et procéda aussitôt à l'ouverture de ce conduit, au-dessus du sternum. Il épargna quelques rameaux veineux situés près de la trachée, en les faisant saillir de côté à l'aide d'un stylet. Il pénétra dans le conduit avec la pointe d'un bistouri,

en suivant la méthode ordinaire. Quatre cerceaux furent divisés, sans offrir une incision assez étendue. Deux autres furent divisés à l'aide de ciseaux courbes; puis en introduisant une pince à pansement, l'ouverture de la plaie fut dilatée par l'écartement des branches. Aucun corps étranger ne fut aperçu. Afin de provoquer la toux, le docteur Mazier titilla la trachée avec une sonde à panaris à laquelle il avait attaché un fil pour éviter de la laisser tomber dans les bronches. La fève fut aperçue. La même manœuvre ayant été répétée, une quinte de toux chassa le corps étranger dans l'ouverture de la plaie maintenue béante. Il en fut extrait avec la pince. Après s'être assuré que cette fève était seule, le docteur Mazier reunit la plaie par première intention. Au bout de dix jours, tout accident avait disparu, et l'enfant était parfaitement guéri.

Un autre enfant, âgé de quatorze mois, que l'on disait étouffé par les vers, était atteint d'un croup près de se terminer par la mort. Décubitus sur le dos; face gonflée, couleur de bronze; sueur froide sur tout le corps; respiration empêchée par le décollement des deux extrémités de la membrane croupale. Dans cet état désespéré, le docteur Mazier se décida à ouvrir la trachée le plus bas possible. Il fut cependant obligé d'inciser la fausse membrane qui couvrait la moitié de l'ouverture. Un fil d'archal, fort, convenablement plié, fut placé dans le but de maintenir l'ouverture béante. On arracha de la fausse membrane ce qu'on put en avoir. La respiration se rétablit, la connaissance revint, et l'enfant s'amusa sur son lit pendant huit heures environ, respirant par la plaie. La toux venait par quintes et faisait sauter le petit appareil que M. Mazier replaçait de suite. Mais pendant une absence forcée de deux heures que fit ce médecin, l'appareil, chassé par la toux, n'ayant pu être replacé par les parens, l'enfant expira en moins de cinq minutes. (*Annal. de la Méd. phys.*, décembre 1828.)

Traitement de la coxalgie, *par le professeur Fritz de Prague*. — M. Fritz condamne, comme inutile ou nuisible, l'usage des moxas, des cautères et autres moyens violens. Le traitement qu'il emploie depuis 1819 lui a constamment réussi lorsque la coxalgie n'était arrivée qu'à la seconde période; tous les malades, au nombre de trente, ont été guéris dans l'espace de deux à trois mois. Chez les adultes, M. Fritz emploie le traitement mercuriel de Louvriers (frictions et diète); chez les enfans, il fait faire, le soir, sur la cuisse malade, une friction avec trois à cinq grains d'onguent mercuriel double; le lendemain, avant le déjeuner, il fait prendre un bain tiède, puis le malade est replacé dans son lit; dans l'après-midi, on applique sur l'articulation malade un cataplasme de son ou d'orge mondée. Le malade ne prend ni boisson, ni alimens échauffans. Aussitôt que chez

les enfans, le mercure occasionne l'augmentation de quelque sécrétion, M. Fritz en cesse l'usage, et se borne à l'emploi des autres moyens jusqu'à la guérison complète. Dans la troisième période, les meilleurs remèdes sont le repos et les cataplasmes. M. Fritz traite de la même manière les inflammations des autres articulations, lorsqu'elles proviennent de causes dynamiques. (*Medic. chirurg. Zeitung*, 1828, B. II, p. 191.)

Anévrysme de l'artère poplitée, traité avec succès par la ligature temporaire; *par le docteur Louis Folcieri, chirurgien de l'hôpital de Bozzolo.* — Antoine Rotelli, âgé de 33 ans, cordonnier, avait eu pendant long-temps diverses tumeurs de nature scrofuleuse dont la disparition totale datait de 1814, époque où on lui avait fait prendre le muriate de chaux à hautes doses, en même temps que la ciguë et des frictions mercurielles sur le col. Depuis lors il avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque dans le mois de mai 1828, à la suite de marches fatigantes, pendant lesquelles il faisait abus du vin et des liqueurs spiritueuses, il ressentit une douleur assez forte dans le creux du jarret du côté gauche, et dont l'intensité le contraignit de rester au lit. Le doct. Folcieri, appelé près du malade, trouva, dans la région poplitée, une tumeur très-douloureuse, sur laquelle la moindre pression était impossible ; elle avait le volume d'un œuf de pigeon, offrait des pulsations régulières, et était accompagnée d'un sentiment de torpeur et de fourmillement dans toute la jambe et le pied. En comprimant l'artère crurale dans le pli de l'aine, on faisait diminuer notablement la grosseur de la tumeur et disparaître ses battemens : dès qu'on cessait la compression ces deux phénomènes se reproduisaient. A ces caractères, on ne pouvait méconnaître un anévrysme de l'artère poplitée. L'état douloureux du membre, et l'extrême sensibilité de la tumeur qui ne laissaient aucun repos au malade, firent employer d'abord plusieurs saignées abondantes (cinq), des topiques froids et astringens sur le creux du jarret, l'application de vingt-quatre sangsues. Ces moyens n'apportant aucun soulagement, et la tumeur augmentant chaque jour de volume, l'opération fut pratiquée le 5 juin 1828. Le malade était entré à l'hôpital le 27 mai.

L'artère crurale fut mise à nu dans le tiers supérieur de la cuisse, et après l'avoir isolée de la veine et du nerf qui l'accompagnent, elle fut liée à l'aide d'un cordon plat fait avec six fils : un petit cylindre de toile enduite de cérat, avait été interposé entre le vaisseau et la ligature. Immédiatement après l'avoir serrée de manière à intercepter le cours du sang dans l'artère crurale, la douleur cessa immédiatement ainsi que les battemens dans la tumeur, qui diminua beaucoup de volume. La plaie fut réunie par des bandelettes agglutina-

tives, à l'exception de la partie moyenne par laquelle sortaient les fils de la ligature. Le lendemain 6 juin, fièvre très-vive, gonflement très-douloureux de la plaie ; deux saignées dans la journée, lavement purgatif, solution de crême de tartre en boisson. Disparition rapide des ces accidens, et *au bout de quatre-vingt heures environ*, la plaie étant déjà en suppuration, la ligature fut retirée, ainsi que le petit cylindre de toile ; on rapprocha mollement les bord de la plaie, qui se cicatrisa assez rapidement. La tumeur anévrysmale diminua chaque jour de plus en plus de volume, de telle sorte que le 22 août suivant, il n'en existait plus aucune trace, et Antoine Rotelli sortit de l'hôpital parfaitement guéri. (*Annali universali de med.*; janvier 1829).

MORSURE DE VIPÈRE TRAITÉE PAR LES VENTOUSES. — *Obs. par le docteur Mazier.* — Un enfant âgé de 4 ans, très-fort, accompagnait dans les champs son père, moissonneur. A peine assis par terre, il se lève en jetant des cris. Une vipère s'échappe; on la tue; elle était petite (10 pouces de long.) On regarde à la fesse de l'enfant, et on aperçoit deux petits points rouges et saignant légèrement, entourés d'une enflure qui augmente à vue d'œil. Cette piqûre est à deux pouces audessous du grand trochanter, à la partie externe et postérieure de la cuisse. Le père applique la vipère sur l'endroit piqué, pour, dit-il, lui faire retirer le venin qu'elle a donné; mais, effrayé de l'enflure, il comprime à l'aide d'un cordon au-dessus du gonflement, et monte à cheval pour venir trouver le docteur M. avec son enfant. La cuisse de celui-ci, examinée deux heures après l'accident, est très-volumineuse; le lien qui la comprime est assez serré pour empêcher le gonflement de passer au-delà. Les deux piqûres sont semblables à celle que produirait une aiguille à coudre, et éloignées l'une de l'autre de deux lignes euviron. Une ventouse est aussitôt appliquée; à mesure qu'elle agit, le gonflement de la cuisse diminue d'une manière sensible. La ligature est alors détruite. Après dix minutes, la ventouse est enlevée, puis réappliquée, après avoir fait une lotion avec l'ammoniaque liquide, dans le but de neutraliser le venin aspiré par l'instrument. L'opération est répétée jusqu'à la réduction du gonflement, qui reste borné à la largeur de l'ouverture de la ventouse. Une compresse d'ammoniaque est appliquée sur ce reste de gonflement. L'enfant n'a éprouvé depuis aucun accident. Cinq jours après, ce gonflement était moindre, mais plus ferme et indolent.

Le docteur M. rapporte une autre observation d'un homme mordu à la malléole externe par une vipère forte et très-animée, qui ayant négligé la ligature, fut pris d'une enflure générale, puis de vomissemens, de suffocation, etc. Deux heures après l'accident, il lui fut prescrit une potion contenant de l'ammoniaque, à prendre par cuil-

rées, et des lotions d'ammoniaque pur. Les accidens disparurent vite, mais la santé fut altérée pendant long-temps. Le docteur M. regrette de n'avoir pas connu alors l'action des ventouses. (*Annales de la Méd. phys.*, déc. 1828.)

Accouchemens.

GROSSESSE DOUBLE ET MÉTRO-PÉRITONITE CHEZ UNE FEMME DEVENUE ENCEINTE POUR LA DEUXIÈME FOIS APRÈS L'EXCISION DU COL DE L'UTÉRUS.— *Obs. communiquée par le docteur Boulu.* — M.me **, âgée de 30 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, devint mère pour la première fois à l'âge de 25 ans, et pour la deuxième, à celui de 27. C'est quelque temps après ce dernier accouchement que se déclarèrent, chez cette dame, les premiers symptômes d'une affection au col de l'utérus qui réclamèrent bientôt les secours de l'art, et pour laquelle M. le docteur Lisfranc fut obligé, au mois de février 1826, de pratiquer l'excision du col de l'utérus dans le but d'arrêter les progrès de l'ulcération. L'opération eut le plus grand succès. Deux mois après, la malade devint enceinte et eut un accouchement très-heureux puisqu'au bout de quinze jours elle avait repris ses occupations.

Six mois s'étaient à peine écoulés que Mme ** devint enceinte pour la quatrième fois : sa grossesse n'offrit rien de particulier ; son ventre n'avait même pas un volume trop considérable. Lorsque le 6 avril 1828, vers les 5 heures du soir, les douleurs commencèrent à se faire sentir, M. Lisfranc fut appelé. Il était absent ; de suite on se rendit chez moi. J'arrivai près de M.me ** à 6 heures du soir. Quelques instans après arrivèrent deux élèves de M. Lisfranc. Nous touchâmes, et nous observâmes que la dilatation offrait à-peu-près la largeur d'une pièce de quinze sols. Une heure après, elle avait environ celle d'une pièce de cinq francs ; à huit heures précises la poche se rompit d'elle-même, et le premier enfant vint sans difficulté. Un quart-d'heure après, M.me ** ressentant de petites coliques, je les attribuai à la présence du placenta et ne m'en inquiétai point ; mais ces coliques augmentant, je portai ma main dans le vagin et je fus étonné d'y rencontrer une tumeur que je ne tardai pas à reconnaître pour un des bras d'un second enfant qui se présentait. Je m'empressai de faire la version et de terminer l'accouchement qui eut lieu, en effet, en très-peu de temps. Un quart-d'heure s'était à peine écoulé depuis la sortie de ce second enfant, que la délivrance, confondue en un seul placenta, eut lieu sans difficulté.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent cet accouchement, il n'y eut rien de remarquable, M.me ** n'eut pas de fièvre, les lochies coulèrent sans être trop abondantes.

Le 4.me jour, tout avait changé de face, il se manifeste des symptômes d'une métro-péritonite dont l'histoire nous paraît de quelqu'intérêt à faire connaître à cause des complications qui se sont offertes et des nombreuses évacuations sanguines que la maladie a nécessitées. D'abord les lochies étaient supprimées. Le ventre était tendu et d'une sensibilité extrême. La malade transpirait abondamment; il y avait sécheresse de la langue et rougeur à la pointe, céphalalgie avec insomnie qui a duré toute la nuit, constipation et impossibilité d'uriner, le pouls était petit et fréquent (120 pulsations) (*40 sangsues sur le bas-ventre; cataplasmes émolliens; eau de chiendent miellée pour boisson; lavemens à l'eau de son; diète absolue.*) Le même jour, à cinq heures du soir, je me trouve réuni à M. Lisfranc que j'avais demandé et qui a continué de voir la malade avec moi. Son état est à-peu-près le même que celui du matin, et de concert nous prescrivons encore 50 sangsues, et la continuation des autres moyens.

Le 5.me jour, peu d'amendement. La nuit avait été très-orageuse; la sensibilité extrême du bas-ventre existait encore, mais cependant paraissait avoir un peu abandonné le péritoine et s'être, en quelque sorte, concentrée presqu'entièrement sur l'utérus. Le pouls n'offrait plus que 110 pulsations par minute; les lavemens n'avaient encore déterminé aucunes évacuations, cependant la malade avait un peu uriné; mais ses urines étaient très-rouges. Les lochies avaient un peu reparu (*40 sangsues sur le bas-ventre*, etc.)

Le 6me jour, un peu de mieux. La nuit avait été moins agitée; l'abdomen se laissait palper sans douleur, la malade avait uriné abondamment et les lavemens avaient amené des évacuations qui l'avaient beaucoup soulagée. Les lochies ont coulé toute la nuit très-abondamment. Le même jour, à quatre heures du soir, l'état de la malade avait changé. Même état du ventre, mais la poitrine, qui jusqu'alors n'avait rien présenté de remarquable, devient tout-à-coup le siége d'une irritation très-vive caractérisée par une toux fréquente et douloureuse, par des crachats sanguinolens, par une douleur très-vive dans le côté droit, par de la chaleur à la gorge et la fréquence du pouls. (*Saignée de* ℥ xij. *Eau de chiendent édulcorée avec du sirop de gomme; looch blanc ordiaire; cataplasmes émolliens sur le côté douloureux; lavemens; diète absolue.*)

Le 7.me jour, mieux. La douleur de côté avait beaucoup diminué. La toux était rare et les crachats avaient cessé d'être sanguinolens. Pouls moins fréquent. Les lochies que l'on pouvait craindre de voir diminuées ou supprimées par la saignée, étaient au contraire plus abondantes; mais le bas ventre était redevenu douloureux, les urines rares et difficiles (*40 sangsues sur l'endroit douloureux et continuation des autres moyens.*)

Le 8.me jour, l'abdomen était mou, la malade toussait sans que l'utérus en ressentît de douleurs vives, le pouls était assez fréquent et les pulsations étaient peu développées ; mais le facies avait quelque chose de nerveux, d'abdominal ; il y avait un peu d'odeur de suppuration. La malade avait eu un sommeil assoupi par intervalles et agité par momens par quelques mouvemens nerveux. Il y avait toujours rareté et difficulté extrême d'uriner accompagnée de constipation (*Application de flanelle imbibée d'une décoction émolliente sur le bas-ventre, lavemens émolliens ; boissons acidulées.*)

Le 9me jour, la malade se plaignait d'éprouver au ventre une chaleur âcre, mais néanmoins il était souple et se laissait déprimer facilement. Le pouls était encore fréquent. Les lavemens avaient produit des évacuations de matières très-dures. Les lochies continuaient de couler (*Même traitement que la veille.*)

Le 10.me jour, mieux sensible. La figure moins grippée ; moins d'abattement général. Il y avait eu un peu de sommeil. Chaleur de l'abdomen moindre ; pouls un peu plus développé, 104 au lieu de 112 pulsations ; urines plus abondantes et moins rouges ; les lochies continuèrent de couler un peu moins abondamment (*Même traitement.*)

Le 11.me jour, la malade a été bien toute la matinée ; mais vers les deux heures après-midi, il s'opère une recrudescence vers la tête, caractérisée par une céphalalgie très-intense avec fièvre très-forte. La malade se plaignait en même temps d'éprouver quelques douleurs au bas-ventre causées par les piqûres multipliées et réunies des sangsues qui avaient donné lieu à la formation des petits abcès répandus sur toute la surface du ventre. Les lochies étaient moins abondantes (*Application sur le front de compresses imbibées d'eau froide et de vinaigre ; boissons acidulées ; cataplasmes émolliens sur le ventre ; lavemens laxatifs ; diète la plus sévère.*)

Le 12.me jour, il y avait eu une évacuation assez abondante ; mais la céphalalgie avait augmenté ; le pouls donne 120 pulsations ; lochies supprimées (*20 sangsues derrière les oreilles ; cataplasmes sur le ventre et sur la vulve*, etc.)

Le 13.me jour, mieux très-marqué ; le mal de tête avait beaucoup diminué, le pouls était descendu à 100 pulsations ; les lochies étaient rappelées ; il y avait eu une évacuation assez abondante (*Compresses d'eau froide et de vinaigre sur le front ; boissons légèrement acidulées ; cataplasmes émolliens*, etc.)

Le 14.me jour, au milieu de la nuit, une douleur très-aiguë se déclara dans le côté droit de la poitrine avec difficulté extrême de respirer, le pouls était fréquent ; la malade, dans l'impossibilité de rester dans une position horizontale, était obligée de se tenir assise sur son lit, elle avait une toux fréquente et douloureuse répondant

dans le côté droit du thorax. Le crachats n'étaient cependant pas teints de sang. Les lochies étaient encore supprimées (*30 sangsues sur le côté ; cataplasmes émolliens sur le même côté après la chute des sangsues : boissons gommées.*) A huit heures mieux marqué : la douleur de côté avait un peu diminué ; la respiration était moins gênée, le pouls moins fréquent (92 pulsations) ; mais la faiblesse générale était extrême ; la malade ne pouvait plus exprimer ses désirs et répondre aux questions qu'on lui adressait que par signes (*Application de trois ventouses sèches sur le côté douloureux ; cataplasmes émolliens sur le même côté et à la vulve ; lavemens ; diète rigoureuse.*) Le soir, la malade était mieux, elle avait recouvré l'usage de la parole, elle respirait plus facilement ; douleur de côté beaucoup moins forte, et pouls un peu relevé. Il y avait eu des urines assez abondantes, et une évacuation de matières dures.

Le 15.me jour, il y avait beaucoup de mieux. La malade avait un peu dormi, la respiration était facile, la toux légère, elle se plaignait seulement d'une légère céphalalgie et d'une chaleur à l'anus causée par la présence d'hémorrhoïdes. Les lochies avaient reparu (*Cérat opiacé sur les tumeurs hémorrhoïdales ; diète*, etc.)

Le 16.me jour, la malade sentait le désir de prendre du bouillon (*Quatre cuillerées de bouillon coupé. Continuer les autres moyens.*) — Le 17.me jour, mieux soutenu ; pouls descendu à 80 pulsations (*Même moyen ; du bouillon coupé.*)

Le 18.me jour, la malade allait moins bien ; elle avait saigné deux fois du nez ; elle avait continuellement envie de dormir, le pouls était plus fréquent ; elle se plaignait de souffrir en urinant ; les lochies étaient encore de nouveau supprimées (*Bouillon de veau au lieu de bouillon gras ; tisane ordinaire ; cataplasmes émolliens sur le ventre et à la vulve ; lavemens*, etc.)

Le 19.me jour, mieux très-prononcé. La malade avait dormi, elle se plaignait d'éprouver des tiraillemens d'estomac ; les lochies étaient rétablies (*Du lait au lieu de bouillon gras*, dans la crainte que le bouillon ne soit la cause des petits accidens de la veille, *etc.*) — Le 20.me jour, la malade allait tout-à-fait bien, elle s'était levée une heure environ (*Trois cuillerées de fécule et du lait*) — Du 21.me au 25.me jour, la malade a toujours été de mieux en mieux ; ses forces revinrent un peu ; les lochies cessèrent de couler avec abondance ; seulement il restait encore un peu de chaleur et de douleur en urinant (*Bains de siège dans une décoction d'herbes émollientes ; boissons adoucissantes ; cataplasmes émolliens sur le ventre ; lavemens ; nourriture excessivement légère*, etc.)

Quelques jours après, la malade se plaignait toujours d'éprouver une chaleur dans la matrice avec une pesanteur sur la vessie, nous

explorâmes cet organe et nous reconnûmes au toucher qu'il existait un engorgement dur du corps même de l'utérus qui était la suite de l'inflammation violente dont elle venait d'être le siége (*Saignée de deux palettes répétée à huit jours d'intervalle dans l'intention d'opérer une dérivation ; bains de siége répétés deux fois par jour, injections narcotiques et cataplasmes émolliens dans l'intérieur même du vagin ; lavemens calmans et narcotiques ; position horisontale ; du lait pour toute nourriture.*) Ce n'est qu'après six semaines de ce traitement, plus ou moins modifié et continué avec la plus grande persévérance, que la malade a guéri.

Pharmacologie.

Des propriétés obstétricales du seigle ergoté ; *par le docteur Dewees, professeur d'accouchement à l'université de Pensylvanie.* — Le docteur Dewees administre ordinairement ce médicament en poudre à la dose de 20 grains : il ne pense pas que son énergie diminue quand il a été conservé plus d'une année. Il le renferme en grains dans une bouteille hermétiquement bouchée, et on ne le réduit en poudre qu'au moment de l'employer. Il n'a jamais observé, et ne connaît aucun fait qui prouve que l'usage de ce moyen ait nui en quelque manière à l'enfant. Voici les cas dans lesquels il en conseille l'administration, 1.° il ne faut le faire prendre que lorsque les membranes sont rompues, que l'orifice du col est dilaté, et que les parties offrent une certaine souplesse, et quand on perd tout espoir de voir l'accouchement se terminer par les seules forces de la nature ; 2.° lorsque les contractions utérines se rallentissent par une cause quelconque, quoique tout annonce un accouchement qui doit se terminer naturellement, c'est encore le cas d'employer le seigle ergoté ; en accélérant ainsi la sortie de l'enfant, on empêche quelquefois qu'il ne succombe par suite de la longueur du travail ; 3.° l'usage de ce médicament peut encore être avantageux dans les premières circonstances sus-énoncées, quoique l'accouchement soit accompagné d'hémorrhagie, de convulsions, de syncopes, etc. ; 4.° il est très-fréquemment utile dans l'accouchement prématuré et à terme, quand l'atonie de l'utérus empêche l'expulsion du placenta : il peut encore être avantageux dans les cas d'hémorrhagie qui survient quelquefois après la rupture des membranes, lorsque l'orifice de l'utérus reste dilaté et que les douleurs cessent de se manifester, l'enfant étant d'ailleurs dans une position favorable ; 5.° enfin, on peut encore recourir utilement à l'emploi du seigle ergoté pour déterminer la sortie de la tête restée dans l'utérus, après la décollation, et quand cet organe est énormément distendu par des caillots sanguin.

Le docteur Dewees pense qu'on ne doit pas recourir à ce moyen quand le placenta est implanté sur le col utérin, parce qu'on doit alors terminer immédiatement l'accouchement, afin d'éviter les hémorrhagies. Il a employé le seigle ergoté avec succès à la dose d'un grain trois fois par jour, dans certains métrorrhagies inquiétantes, non pas par la quantité du sang qui s'écoulait, mais par leur durée prolongée (*The american Journal of medical sciences*; février 1828.)

Propriétés du *lobelia inflata* **dans l'asthme**; *par le docteur John Andrew*. — Cette plante, qui croît très-abondamment aux États-Unis, jouit de propriétés très-énergiques, suivant les médecins américains: ils la considèrent comme essentiellement vomitive, diaphorétique, expectorante, et les maladies dans le traitement desquelles ils l'emploient particulièrement, sont l'asthme, la toux convulsive et le croup spasmodique. La première de ces affections est celle dans laquelle on l'administre généralement. Le docteur Andrew donne la formule suivante, d'après laquelle les habitans du pays préparent eux-mêmes ce remède: ℞ *folior. lobeliæ inflatæ*. . . . ℥ ij ß

Alcohol. . . . . ℔ j.

Dig. per dies quatuor decem, *et cola*.

Le docteur Andrew a eu l'occasion de faire administrer cette teinture dans des accès d'asthme même violens, et toujours l'usage du médicament a été suivi d'un plein succès, à l'exception d'un seul malade qui ne ressentit pas de soulagement. Le docteur Andrew dit qu'il ne connaît pas de médicament plus efficace pour déterminer l'expectoration des mucosités visqueuses qui peuvent obstruer les bronches. La teinture préparée selon la formule indiquée ci-dessus, est plus forte que celle qu'on emploie communément en Amérique, et ne doit être donnée qu'à la dose de 30 à 40 gouttes toutes les vingt minutes (*The Glasgow med. Journrl*; mai 1828.)

Académie royale de Médecine. (Février.)

Académie réunie. — *Séance du* 3 *février* 1829. — **Concours pour le legs de Moreau de la Sarthe.** — On procède au tirage au sort de chacune des questions que MM. les concurrens doivent traiter et faire imprimer dans un intervalle de trois mois, et sur laquelle portera l'argumentation qu'ils auront à soutenir. (*Voyez* les conditions du concours, tome XVII *des Archives*, pag. 128 et 129) Les concurrens sont libres d'écrire leur dissertation en français ou en latin; mais l'argumentation devra de toute nécessité se faire en français.

Les dissertations devront toutes être déposées à l'Académie le 5 mai prochain. Un premier tirage a désigné l'ordre dans lequel chaque concurrent a procédé au tirage des questions, et subira l'épreuve de l'argumentation. Voici cet ordre ainsi que les questions tirées par chaque concurrent :

N.° 1. M. Causart (Théodore). Faire une exposition raisonnée des travaux de Haller et de Bichat; indiquer surtout ce que chacun d'eux a laissé de positif dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique.

N.° 2. M. Labesque (Charles-François-Auguste). Donner une idée claire, précise des doctrines de Stalh et d'Hoffmann; les comparer l'une à l'autre, et les juger toutes deux dans l'ensemble des travaux de ces deux auteurs, sous le double rapport de la pathologie et de la thérapeutique.

N.° 3. M. Pinot (Gaspard-Jean). Fournir une histoire succincte de l'ecclectisme médical; en approfondir la philosophie; en établir les conséquences pratiques.

N.° 4. M. Chrétien (André-Théodore). Exposer sommairement la série des grandes époques, des principales écoles que la littérature et la philosophie médicale indiquent; en faire connaître l'origine; en développer les principes; en signaler les conséquences, surtout par rapport à la médecine pratique.

N.° 5. M. Tazeaux (Pierre). Présenter sommairement une revue historique et philosophique des expériences tentées sur les animaux vivans, depuis la création de l'Académie royale des Sciences jusqu'à ce jour; préciser les résultats pratiques que ces expériences ont introduits dans la science, et particulièrement en pathologie et en thérapeutique.

N.° 6. M. Daniel (Hyppolite). Quelles sont les méthodes utiles, quelles sont les vérités d'application, quels sont les préceptes pratiques que la médecine a puisés dans les nombreuses excursions qu'elle a tentées sur le domaine des autres sciences? Quels sont aussi les inconvéniens qui en ont été la conséquence?

N.° 7. M. Guesnier (Charles-François). Quelle a été l'influence de la médecine sur la civilisation envisagée sous le double rapport du développement de la vie sociale et du perfectionnement de la vie individuelle?

N.° 8. M. Dézeimeris (Jean-Eugène). Donner un aperçu rapide des découvertes en anatomie pathologique, durant les trente dernières années qui viennent de s'écouler; déterminer l'influence de ces travaux sur les progrès de la connaissance et du traitement des maladies.

N.° 9. M. Bourgoin (Louis). Présenter une exposition raisonnée des

institutions connues sous les noms de cordons sanitaires, de lazarets, de quarantaines, etc., depuis leur origine jusqu'à nos jours.

N.° 10. M. Gazagne (Étienne). Les voyageurs ont-ils contribué beaucoup à l'avancement des sciences médicales? Quels sont, dans la médecine pratique, les points importans qu'ils ont éclaircis, les faits nouveaux qu'ils ont mis en lumière?

N.° 11. M. Gomez dos Santos (Thomas). Quelle a été l'influence des travaux de nosologie sur la médecine pratique? et pour arriver plus nettement à ce résultat de la question, établir une comparaison critique des principaux nosographes entre eux.

N.° 12. Don Benigno Risueno de Amador. Quels avantages la médecine pratique a-t-elle retirés de l'étude des constitutions médicales et des épidémies?

N.° 13. M. Riester (François-Joseph). Donner un précis historique de la médecine expectante et des principales époques auxquelles elle a fleuri; en faire connaître le véritable esprit; en discuter les avantages et les inconvéniens.

Le reste de la séance a été rempli par des objets d'administration.

Séance du 17 février. — Elle a été consacrée en entier par l'énumération de la correspondance et la discussion du budget de l'Académie pour 1829.

Séance du 21 février. — Médecine légale. — Action intentée contre un accoucheur. — Cette séance a eu lieu en comité secret, et avait été convoquée extraordinairement pour entendre une Commission chargée de préparer des réponses à quatre questions médico-légales soumises à l'Académie par le tribunal de Domfront, touchant une demande en dommages et intérêts, intentée à un accoucheur pour le fait d'un accouchement dans lequel celui-ci a coupé les deux bras à l'enfant, qui a survécu à cette mutilation. Comme c'est sans doute dans le but louable de ne pas nuire à l'accoucheur impliqué dans ce procès, par la publicité d'un rapport qui n'était encore ni discuté ni approuvé, que l'Académie a tenu cette séance en comité secret, nous croyons devoir imiter sa réserve, et ne rien communiquer de ce que nous avons appris. Nous attendrons que le rapport soit publié pour en extraire ce qui, sous le point de vue de la science, peut intéresser nos lecteurs.

Fièvre jaune de Gibraltar. — Dans cette même séance, M. le secrétaire a donné lecture d'une lettre de M. Louis, commissaire de l'Académie à Gibraltar, à la date du 5 février 1829. M. Louis annonce que, parmi les faits qu'il a recueillis, les uns sont favorables à la théorie de la contagion, les autres à celle de l'infection; et qu'il est douteux qu'un examen approfondi de ces faits conduise à une *certitude* quelconque. Il est douteux, ajoute-t-il, qu'on puisse trouver non plus dans l'action combinée de la chaleur et des égoûts la cause

du développement de l'épidémie de Gibraltar, en supposant qu'il soit démontré d'autre part que la maladie n'y a pas été importée. Du reste, plus ces doutes sont pénibles, plus M. Louis fera d'efforts pour les dissiper; et s'il n'y parvient pas, il faudra s'en prendre à la nature des choses. Il a terminé toutes les informations relatives au *Champ neutre*, au village appelé *Cortalambay* et au *Détroit de Gibraltar*, où la maladie a commencé. Il va s'occuper de celles relatives aux maisons qui avoisinent les gueules des égoûts, qui sont situées au bord de la mer et sur la partie la plus élevée du rocher; et il terminera par les recherches sur la partie du rocher qu'on appelle le *Sud* ou l'*Europe*. Le gouverneur a créé deux commissions dont il fait partie; l'une pour recueillir tous les faits relatifs à l'importation: l'autre pour savoir s'il est vrai qu'une première attaque de fièvre jaune en Europe préserve d'une seconde en Europe; ou plutôt dans quelle proportion sont les exceptions qu'on rencontre de loin en loin à cette loi. La santé de la ville n'ayant pas été troublée depuis le débarquement des troupes du Melleville et la rentrée des habitans du Champ neutre, le cordon doit être levé le 13 de février.

SECTION DE MÉDECINE. — *Séance du 10 février 1829.* — ÉTABLISSEMENS SANITAIRES DE LA NOUVELLE-ORLÉANS. — M. Gérardin communique les renseignemens qu'il avait promis dans la séance du 13 janvier (*Voyez* le tome présent des *Archives*, pag. 279 et 280) sur l'état des mesures sanitaires à la Nouvelle-Orléans. Jusqu'en 1817, cette ville n'avait eu aucune épidémie de fièvre jaune; on n'y avait vu que quelques exemples sporadiques de cette maladie. Au mois de juillet 1817, à la suite de l'arrivée de beaucoup d'Européens et d'Américains du Nord, une épidémie meurtrière éclata; un grand nombre d'habitans s'enfuit dans la ville de Natchez, capitale de l'état de Missisipi, située sur le fleuve, mais à 150 lieues de la Nouvelle-Orléans; et à son tour, cette ville, bien que salubre et dans une situation élevée, eut pour la première fois la fièvre jaune. Cette maladie parut si bien y avoir été importée, que le gouvernement de l'état du Missisipi a soumis depuis à une quarantaine les bâtimens venant de la Nouvelle-Orléans, quand la fièvre jaune y régnait. Cette épidémie de fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans, en 1817, fit instituer dans cette ville deux sociétés médicales, une composée de médecins européens et dite la *Société médicale*, et une autre composée de médecins américains dite la *Société physico-médicale de la Nouvelle-Orléans*. De plus, éclairé par ce qui était arrivé dans la ville de Natchez, le gouvernement de l'état de la Louisiane, dans sa session de 1818, rendit un bill concernant l'établissement d'un lazaret et d'un bureau de santé chargé de prévenir, de concert avec le conseil de la ville, l'introduction des maladies contagieuses. M. Gérardin faisait partie

de ce bureau de santé. Les bâtimens infectés furent soumis à une quarantaine sévère, et des malades de fièvre jaune succombèrent au lazaret. En 1819, sur la pétition de quelques négocians qui se plaignirent d'avaries éprouvées par leurs bâtimens dans le lieu de la quarantaine, le bill sanitaire fut aboli, et bientôt éclata une nouvelle épidémie plus meurtrière que la première. A la vérité, une des sociétés médicales instituées en 1817, celle composée de médecins européens, soutint que la maladie n'avait pas été importée, et n'était pas contagieuse; mais cette société se contredit elle-même, en avançant que les vaisseaux de la rade apportaient la dysenterie et le typhus, et en proposant qu'il soit nommé un médecin inspecteur pour visiter tous les bâtimens à leur arrivée, et faire éloigner et purifier ceux qui avaient des malades. En 1820, une troisième épidémie éclata, et la société médicale formée des médecins américains, tout en déclarant qu'elle ne voulait pas s'occuper de la question tant controversée de la contagion et de la non contagion de la fièvre jaune, fit remarquer que la maladie avait apparu après l'arrivée de bâtimens infectés, la *Gale Hautress* et le *Charles Fauvett*. C'est aussi dans le cours de cette épidémie que les docteurs Rodgers, Forsyth, Davidson signalèrent les cas d'importation qui, dans de précédentes séances, ont été communiqués à la section. Toutefois, au mois de novembre 1820, on revint sur le bill par lequel on avait supprimé le lazaret et les mesures de quarantaine; les deux Chambres proclamèrent la nécessité des dispositions sanitaires; le maire de la ville fut investi de toutes les attributions du bureau de santé; et ce magistrat, M. Roussignac, a assuré à M. Gérardin qu'on ne peut nier en certaines circonstances le caractère contagieux de la fièvre jaune, et que c'est parce qu'il a dirigé son administration d'après cette vue, qu'il a obtenu de si heureux résultats.

M. Lassis a la parole sur cette communication; il regrette qu'on perde un temps précieux à s'occuper de choses, selon lui, chimériques, car la fièvre jaune n'est pas une maladie particulière, et les systèmes de l'infection et de la contagion sont aussi peu fondés l'un que l'autre. L'épidémie de Gibraltar fournira elle-même des faits à l'appui de son opinion.

Flore lyonnaise. — M. Mérat fait un rapport verbal sur un ouvrage de M. Balbis, directeur du jardin des plantes de Lyon, intitulé: *Flore lyonnaise.*

Maladies a Risevaltes, dans l'été de 1828. — M. Bricheteau, au nom d'une Commission, entretient la section d'un rapport de M. Bonafox, médecin à Perpignan, à M. le Préfet du département des Pyrénées-Orientales, sur des maladies qui ont régné à Risevaltes, dans l'été de 1828. En mars et avril 1828, des fièvres tierces bénignes écla-

tèrent à Risevaltes et dans les environs; en mai et en juin surtout, ces fièvres devinrent plus graves; du troisième au cinquième accès, elles prenaient un caractère pernicieux; les symptômes étaient : angoisses, anxiétés précordiales, douleurs céphaliques et intestinales, nausées, efforts vains pour vomir, langue sèche et rouge, pouls dur, délire. En juillet, le type tierce fut remplacé par le type quotidien, et les symptômes gastriques s'exaspérèrent au point d'offrir, dans le premier stade de l'accès, tous les caractères du choléra morbus; l'accès durait de douze à trente-six heures; quelques malades eurent des douleurs des hypochondres si aiguës, qu'on pouvait croire que les viscères abdominaux étaient en proie à une vive inflammation. Cinq à six cents individus ont été atteints sur une population de trois mille. Le traitement a consisté d'abord à calmer l'irritation par les antiphlogistiques, et à employer ensuite le sulfate de quinine; si celui-ci était mis en usage de prime abord, les accès devenaient plus intenses. M. Bonafox assigne pour causes à cette épidemie l'usage de mauvais alimens, l'abus du vin et des liqueurs fortes, des habitations mal construites et insalubres, le voisinage d'animaux domestiques et de fumiers, etc. Il signale encore comme causes d'insalubrité spéciales à Risevaltes : 1.° un abattoir situé dans un quartier dont les rues sont étroites, et dont les immondices s'écoulent dans une marre d'eau stagnante, d'où s'exhalent des émanations délétères et une odeur infecte; 2.° un cimetière qui n'est pas exposé au Nord, comme le veut le décret du 12 juin 1804, et à l'égard duquel on a violé aussi le décret du 7 mars 1808, qui prescrit qu'on n'élève aucune habitation, qu'on ne creuse aucun puits à moins de cent mètres de distance.

Emphysème du poumon. — M. Piédagnel, médecin à Paris, lit un *Mémoire sur l'état sain et sur l'emphysème du poumon.* Des expériences et des observations sur les animaux et sur l'homme ont prouvé à M. Piédagnel, que dans l'état sain les poumons ne doivent pas être crépitans; ils ne le sont que quand il y a déchirure du tissu cellulaire pulmonaire, et emphysème de ce tissu, double altération qui survient avec facilité, et surtout aux approches de la mort, quand il y a agonie et respiration gênée et râleuse. Dans l'état sain, les poumons sont d'une couleur qui varie depuis le rose clair jusqu'au gris noir marbré, selon les âges; ils ne remplissent pas en totalité le thorax; si on les presse, ils ne font entendre aucune crépitation; si on les coupe, leurs cellules se vident sans faire entendre aucun bruit, l'organe s'affaisse et perd de son volume. L'emphysème du poumon est, selon M. Piédagnel, une altération plus commune qu'on ne croit, et qui peut expliquer la mort en beaucoup de cas où la nécropsie n'indique rien. L'air qui le produit peut arriver par deux voies, ou par la trachée-artère, ou par les vaisseaux pulmonaires. Laennec avait appelé

emphysème du poumon la dilatation des vésicules bronchiques; mais cette expression est impropre, car cette dilatation n'est pas par elle-même mortelle, et ne devient telle que, lorsque les vésicules venant à se déchirer, l'air passe dans le tissu cellulaire pulmonaire. Delà, le danger signalé par M. Leroy d'Étiolles, d'insufler trop fortement de l'air dans le poumon d'un enfant qui naît asphyxié. Quand, dans une expérience, on pousse fortement de l'air dans la trachée-artère d'un animal vivant, tout-à-coup la respiration s'arrête, les battemens du cœur deviennent plus forts et plus fréquens, et la vie cesse brusquement. A l'ouverture du cadavre, on trouve les poumons pâles, emphysémateux, avec de petites ecchymoses çà et là, et le ventricule droit distendu par beaucoup de sang; quelquefois même les cavités des plèvres sont remplies d'air qui y a passé à la suite de la rupture des vésicules bronchiques. Ce n'est pas cet air répandu dans la cavité du thorax qui produit la mort; ne voit-on pas en effet des individus survivre à des plaies pénétrantes de la poitrine, dans lesquelles la surface du poumon est comprimée par l'air extérieur? M. Piédagnel d'ailleurs a pu, sans les faire périr, insufler dans le thorax de lapins de l'air à l'aide d'une canule enfoncée dans un espace intercostal. La mort, selon M. Piédagnel, est due à ce que consécutivement à l'emphysème du poumon, le tissu de cet organe est altéré, et ne permet plus au sang de le traverser; d'où la distension du ventricule droit du cœur. C'est par le même mécanisme qu'arrive aussi la mort quand l'air est introduit par les vaisseaux pulmonaires. M. Piedagnel en appelle ici aux expériences de Bichat, de Nysten, de M. Magendie, et à deux observations dont il a été témoin, et dans lesquelles de l'air, pendant le cours d'une opération, ayant été porté par des veines ouvertes, dans le cœur, et du cœur dans les vaisseaux pulmonaires, la mort a été soudaine. Dans l'une de ces opérations, on enlevait une tumeur cancéreuse sur le côté du col; la veine jugulaire externe fut ouverte; l'air fut aspiré avec bruit par cette veine, et dès cet instant la mort fut imminente et bientôt complète. Dans l'autre opération, on faisait l'ablation d'une tumeur de nature cellulo-fibreuse située à la partie postérieure et latérale du col; l'opération touchait à son terme; les gros vaisseaux avaient été respectés, peu de sang avait été perdu; tout présageait le plus heureux succès, lorsque tout-à-coup un sifflement prolongé, analogue à celui que produirait la rentrée de l'air dans un récipient où l'on a fait le vide, se fait entendre, et la malade meurt aussitôt. A l'examen du cadavre, on trouva les cavités droites du cœur pleines d'air, et ce gaz mêlé en grande quantité au sang dans tous les vaisseaux. M. Piédagnel ne pense pas que la mort à la suite de l'introduction de l'air dans le système sanguin, tienne ni à la distension du cœur, comme

le voulait Nysten, ni à l'action de l'air sur le cerveau, comme le voulait Bichat : il l'attribue au changement que l'air apporte dans la structure du poumon, à l'emphysême de cet organe; d'où il résulte que les dernières ramifications de l'artère pulmonaire comprimées par l'air interposé dans le tissu cellulaire du poumon, ne laissent plus passer le sang.

Séance du 24 février. — **Syphilis.** — M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Desades de Coulanges, médecin à Paris, contenant plusieurs observations. Dans l'une, il s'agit d'un individu qui, ayant touché une femme vérolée avec un doigt auquel existait une excoriation récente, éprouva, le lendemain, à ce doigt, des accidens qu'on fit cesser par la cautérisation et l'usage d'un emplâtre vésicatoire sur ce doigt. Dans une autre, il est question d'un homme qui, atteint d'une gonorrhée, se fit des injections émollientes dans l'urètre, et poussa la matière gonorrhéique dans la vessie : cet homme, par suite, éprouva une cystite aiguë suivie d'un catarrhe vésical chronique qui a été très-rebelle. Enfin, M. Desade annonce, 1.° qu'il a obtenu une prompte cicatrisation d'ulcères syphilitiques constitutionnels, en les lavant plusieurs fois par jour avec une solution aqueuse de chlorure de sodium, et en les recouvrant de petits vésicatoires camphrés; 2.° qu'il a soulagé promptement des douleurs ostéocopes, en frictionnant deux fois le jour, et devant une douce chaleur, la partie douloureuse avec un liniment ainsi composé : huile de camomille camphrée, deux onces; solution alcoholique de deutochlorure de mercure, essence de térébenthine, de chaque, une once; laudanum de Sydenham, deux gros.

Épidémie. — Lettre de M. Boullenot, médecin, à M. le préfet du département de la Nièvre, sur une épidémie qui a régné à Château-Chinon, en juin 1828. — Rapport de M. Chantourelle. Cette épidémie était une fièvre muqueuse simple, ou gastro-entérite faible, à laquelle on a opposé avec succès le traitement antiphlogistique.

Seigle ergoté. — M. Villeneuve, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Voillot, médecin à Beaune, intitulé : *Observations sur l'emploi du seigle ergoté dans l'accouchement.* Ces observations sont au nombre de trois : 1.° dans l'une, la femme, qui était primipare, voit, après trente-six heures de travail et douze heures de vives douleurs, celles-ci cesser presque complètement : la tête était encore au détroit supérieur; il y avait de la sécheresse et de la rigidité aux parties génitales, et l'orifice de l'utérus n'était ouvert que de la largeur d'une pièce de trois francs. Six doses de seigle ergoté, de six grains chaque, sont données en une demi-heure; le travail se ranime, et, cinq quarts d'heure après l'emploi de la première dose, la femme accouche d'un enfant mort. 2.° Dans

la deuxième observation, la femme était encore primipare ; elle souffrait depuis vingt-quatre heures, quand les douleurs se rallentirent, puis cessèrent complètement ; les eaux étaient écoulées depuis plusieurs heures ; la dilatation de l'orifice de la matrice égalait à peine une pièce de trente sols; il y avait de la sécheresse, de la chaleur aux parties génitales : des doses de seigle ergoté, de cinq grains chaque, ayant été donnécs, les douleurs reparurent, et une heure après l'ingestion de la première dose, la femme accoucha. Le rapporteur pense que, dans ces cas, il eût fallu faire précéder l'emploi du seigle ergoté de celui des moyens propres à combattre la rigidité des parties génitales, saignées, bains, fumigations, etc. Selon lui, le seigle ergoté n'est jamais plus efficace, que quand il n'y a nulle tendance inflammatoire. Dans ces deux cas, l'enfant arriva mort, non par l'action du seigle ergoté, mais par suite de la longueur du travail. 3.° Enfin, la malade de la troisième observation était la même femme que la précédente, et qui était en couche pour la seconde fois; elle demanda elle-même, au bout de dix heures, la poudre qui l'avait fait accoucher la première fois; on la lui refusa; mais au bout de deux heures, les douleurs s'étant suspendues, quatre doses de seigle ergoté, de dix grains chaque, furent administrées en une heure, et l'accouchement se fit. Dans ces trois cas, la dose totale du seigle ergoté fut portée de trente-six à quarante-cinq grains, et toujours une partie en fut rejetée par des vomissemens. Selon M. Voillot, le seigle ergoté réussit huit fois sur neuf; ce médecin juge ainsi, d'après le nombre de fois où l'on a employé jusqu'à présent ce médicament; mais M. le rapporteur objecte que ce calcul suppose que le seigle ergoté n'a jamais été employé qu'à propos, ce qui, certainement, n'est pas. M. Voillot conteste aussi que le seigle ergoté ait une vertu abortive. Quant au mode d'action de cette substance, il paraît qu'elle agit par sympathie, car toujours une partie en est vomie, et elle est employée sous forme d'une poudre qui est toujours assez difficilement absorbable.

Maladies des sinus veineux de la dure-mère. — M. Tonnelé commence la lecture d'un mémoire sur les *maladies des sinus veineux de la dure-mère* : les observations que contient ce mémoire ont été recueillies dans le service de M. Jadelot. M. Tonnelé décrit d'abord l'état normal des sinus cérébraux après la mort. Ces sinus sont, tantôt remplis par un caillot fibrineux alongé qui flotte au milieu d'un peu de sérosité, tantôt vides, ou pleins d'un sang tout-à-fait fluide. Leur membrane interne est, ou blanche et lisse, ou teinte, en quelques points, de taches rouges qui sont évidemment l'effet d'une imbibition cadavérique; cette même cause, quelquefois, infiltre d'un peu de sérosité le tissu cellulaire intermédiaire à cette membrane in-

terne et à la membrane fibreuse externe. Passant ensuite à l'histoire des altérations des sinus veineux de la dure-mère, M. Tonnelé partage ces altérations, en celles qui portent sur le liquide qui circule dans les sinus, et en celles qui siégent dans les parois vasculaires elles-mêmes. Aux premières, il rapporte les *concrétions purement sanguines*, que les anciens considéraient comme n'étant jamais que des phénomènes cadavériques, mais qui, aujourd'hui, sont reconnues, d'après les travaux successifs de Morgagni, Corvisart, Burns, Kreysig, Hodgson, Laennec, et MM. Andral fils et Bouillaud, pouvoir se former pendant la vie, à l'occasion de tout obstacle général ou partiel au cours du sang, ou par suite d'une syncope prolongée. A l'appui de cette assertion, M. Tonnelé en rapporte trois observations. 1.° Une petite fille de neuf ans, scrofuleuse, atteinte d'une maladie des premières vertèbres cervicales, éprouve tout-à-coup des étourdissemens, des défaillances pendant deux jours, puis tombe dans un coma profond avec quelques mouvemens convulsifs du côté gauche, et meurt. *Nécropsie*. Entre la troisième et la quatrième vertèbre cervicale, foyer tuberculeux, mi-crétacé, mi-purulent, qui, en comprimant la veine jugulaire interne droite, avait notablement diminué le calibre de ce vaisseau : concrétion sanguine brune, dense, sans aucune trace de décomposition, remplissant les sinus longitudinal supérieur, latéral et occipital droit, s'étendant de ce dernier jusques dans la veine jugulaire droite, et se prolongeant du sinus longitudinal supérieur dans les nombreuses ramifications veineuses qui s'y rendent à droite et à gauche. Celles-ci décrivaient, à la surface des hémisphères, des lignes sinueuses saillantes qui s'enfonçaient dans les anfractuosités; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien offrait çà et là diverses ecchymoses, dont une, plus volumineuse, se distinguait à la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère cérébral droit; au point correspondant, la substance cérébrale était ramollie. Selon M. Tonnelé, les concrétions sanguines qui se font pendant la vie diffèrent de celles qui se font après la mort, en ce qu'elles sont denses, homogènes, sans décomposition, et n'offrent pas le partage du sérum et du caillot. Telles étaient celles dont il s'agit ici, et M. Tonnelé en attribue la formation à l'obstacle qu'avait amené dans la circulation la pression exercée sur la veine jugulaire interne droite par le foyer tuberculeux des vertèbres cervicales. Si, dans divers cas rapportés par Hodgson et Lardner, on a vu la veine jugulaire interne être comprimée et même liée, sans qu'il en soit survenu aucun accident, cela peut dépendre, dit M. Tonnelé, de ce que, dans l'enfant dont il s'agit ici, le système veineux n'avait pas l'ampleur qu'il a dans les âges plus avancés. 2.° Un enfant de deux ans, cachectique, meurt; dans les derniers instans de sa vie il éprouve tout-à-coup de légers mouvemens convulsifs, une rigidité extrême du tronc et des membres, et expire.

Nécropsie. Couche dense de sang coagulé située sous l'arachnoïde, et couvrant comme une coëffe la voûte de chaque hémisphère : caillot consistant remplissant et gonflant les veines qui rampent à la partie supérieure du cerveau : dans le sinus longitudinal supérieur, semblable concrétion qui se prolonge de proche en proche dans les sinus latéraux et les veines jugulaires internes jusqu'au dessous de la bifurcation de la veine cave supérieure. Là existait une énorme masse tuberculeuse enkystée qui, comprimant fortement la veine cave supérieure, y avait intercepté complètement le cours du sang, et avait fait produire toutes les concrétions sanguines relatées plus haut, ainsi que l'épanchement sanguin qui, comme une calotte, couvrait la convexité de chaque hémisphère. Dans la première observation, la mort avait succédé au ramollissement du cerveau; dans celle-ci, elle fut due, selon M. Tonnelé, à la compression de cet organe. 3.° Enfin, un enfant de deux ans et demi, rachitique au plus haut degré, chez lequel, par suite, la capacité de la poitrine était réduite de plus de moitié, est pris tout-à-coup de dyspnée, perd connaissance et meurt. *Nécropsie.* Concrétion dense remplissant le sinus longitudinal supérieur, se propageant dans les nombreuses ramifications veineuses voisines : pie-mère remplie d'un sang brun, et substance cérébrale si gorgée de ce liquide, que, lorsqu'on la coupe, celui-ci en suinte par gouttelettes. Cependant aucune cause de compression sur les grosses veines, propre à produire ces divers effets. M. Tonnelé croit, néanmoins, que ces diverses concrétions avaient été produites pendant la vie, et conjecture que le rétrécissement du thorax par le rachitisme est la cause qui a entravé ici la circulation. Il pense que la mort, en ce troisième cas, est survenue, non par asphyxie ni par syncope, mais par apoplexie, c'est-à-dire par l'oppression que les concrétions formées ont exercée sur le cerveau. (M. Tonnelé continuera sa lecture à une prochaine séance.)

Maladie du cœur. — M. Moreau de Paris présente une pièce d'anatomie pathologique qu'il a recueillie sur une dame de 55 ans qui n'avait jamais donné aucun signe de maladie du cœur, et qui est morte subitement. *Nécropsie.* Péricarde rempli de sang, aorte déchirée dans une étendue de plus de trois pouces, à partir de trois lignes au-dessus des valvules sygmoïdes; sur les bords de cette déchirure, qui paraissait s'être faite spontanément, les tuniques propres de l'artère étaient amincies; le sang s'était infiltré sous la tunique celluleuse, avait comme disséqué cette tunique dans une assez grande étendue, puis l'avait déchirée; d'où épanchement dans le péricarde et mort.

Section de chirurgie. — *Séance du 12 février 1829.* — Fauteuil mécanique. — M. Oudet lit, en son nom et à celui de MM. Baffos et

Marjolin, un rapport de ce dernier sur un fauteuil mécanique de l'invention de M. Dupont, et destiné à soulever des paralytiques ou des sujets très-faibles. Cet appareil, susceptible de maintenir debout les malades qu'il supporte, et de leur communiquer des mouvemens semblables à ceux qui ont naturellement lieu dans la progression, consiste en un grand fauteuil mobile sur trois roues, dont le double siége se retire par derrière, afin de laisser l'intérieur libre pour les mouvemens des jambes. Les deux montans du dossier s'élèvent à une assez grande hauteur et sont recourbés en cols de cygne; de leur extrémité supérieure descendent deux crosses de béquilles destinées à prendre le malade sous les aisselles; l'action d'une main agissant sur une manivelle suffit pour l'enlever de dessus le siége et le placer debout. Deux leviers, dont la courbure répond à celle des montans, se trouvent au-dessus de la tête du sujet et font la bascule; à l'extrémité la plus courte de ces leviers sont fixées deux courroies terminées par des étriers en cuir qu'on ajuste aux pieds du malade, de telle façon que, placé derrière le fauteuil et appuyant sur l'extrémité la plus longue des deux leviers, on peut les élever successivement et avec la plus grande facilité.

D'après l'examen et les épreuves auxquels ils se sont livrés, MM. les commissaires pensent que M. Dupont a parfaitement atteint le but qu'il s'est proposé. Ce rapport, qui a été demandé par le ministre, et dont les conclusions ont été adoptées dans la séance suivante, après avoir entendu la lecture de la lettre ministérielle, sera envoyé au ministre.

Scrofules et dévoloppement morbide de la clavicule.—M. Baffos rend compte d'une observation adressée par M. Grandclaude, médecin à Romiremont. Marie Charlotte Moineau, âgée de 33 ans, née d'un père apoplectique et d'une mère qui mourut phthisique à l'âge de cinquante-cinq ans, et sœur de treize autres enfans sur lesquels douze ont déjà succombé à des rhumes, à des dépôts dans les genoux, etc., étant sur une voiture peu élevée, fit, il y a onze ans, une chute sur le sol. La partie antérieure droite du thorax fut heurtée fortement, et des douleurs se firent sentir dans ce point; mais la jeune fille, ayant reçu l'assurance qu'il n'y avait point de fracture, y fit peu d'attention, et elle continua les travaux auxquels elle se livrait habituellement, soit dans les champs, soit dans une auberge où elle servait en qualité de domestique. En 1826, elle remarqua, vers l'extrémité sternale de la clavicule, une tumeur dure et d'un volume à-peu-près égal à celui d'une noix. Vers la fin de la même année, les douleurs, qui jusque-là avaient été fort légères, devinrent plus vives, et la tumeur augmenta tellement qu'au milieu de 1827, la malade ne put pas cacher son mal plus long-temps. Le côté droit était devenu dif-

forme, le bras correspondant s'était raccourci, et les maîtres de M. C. Moineau s'aperçurent de ces changemens. Le 9 juin 1828, elle avoua elle-même qu'elle éprouvait des douleurs très-vives, et que, dans la nuit précédente, la tumeur s'était ouverte. Une grande quantité de matière infecte s'écoula par cette ouverture, et le même jour M. Grandclaude fut appelé. Le gonflement alors s'était étendu à l'oreille droite, dépassait l'épaule, et descendait jusqu'à l'épigastre. Plusieurs autres ouvertures se firent, et fournirent une suppuration très-abondante et de mauvaise nature; elles donnèrent aussi passage à plusieurs portions osseuses, dont une, entre autres, remarquable par son volume et sa légèreté, a été évaluée au sixième du développement que la clavicule avait pris. La malade mourut le 2 août 1828, à l'hôpital de Remiremont, et à l'autopsie on observa une ampliation considérable de la clavicule, un refoulement à gauche des côtes du côté droit dont la courbure était entièrement disparue, une diminution notable de la cavité droite de la poitrine, et l'applatissement du poumon qui y était renfermé. M. Grandclaude, en reconnaissant que, lorsqu'il fut appelé auprès de la fille qui fait le sujet de son observation, la maladie scrofuleuse dont elle était affectée était au-dessus de toutes les ressources de l'art, se demande si, au moment où une portion de la clavicule était seulement malade, il n'aurait pas été possible d'en faire l'ablation, en ayant soin de soutenir la chance de l'opération par un régime et un traitement appropriés?

Calculs biliaires. — M. Baffos entretient la section d'un autre fait fort intéressant et transmis par le même M. Grandclaude. Une femme, âgée de 81 ans, mère de douze enfans, livrée habituellement à des travaux pénibles, et qui fut affectée de typhus en 1815, éprouva à la suite de la disette de 1816, des douleurs vives dans l'estomac et l'hypochondre droit. L'usage des boissons alcoholiques aggrava ces douleurs; les digestions commencèrent à se faire avec peine, les selles devinrent rares, des vomissemens fréquens eurent lieu, le sommeil cessa en partie. Bientôt la région du foie augmenta, et elle acquit enfin un tel volume que la malade fut contrainte, au mois de mars, de s'aliter et de se tenir continuellement dans une position assise et demi-fléchie en avant, les deux talons rapprochés du bassin. Des cataplasmes ayant été appliqués pendant quelques jours, l'hypochondre s'ouvrit; cette ouverture donna issue à du pus et à une pierre que la malade évalua au volume d'un petit œuf de poule, mais qui ne fut pas conservée. La plaie resta fistuleuse, et il s'en écoula une liqueur verdâtre jusqu'en 1821, époque à laquelle elle se cicatrisa; mais alors les vomissemens reparurent, et il se forma une nouvelle tumeur au-dessus de la cicatrice. Des applications émollientes favorisèrent le développement de ce nouvel abcès qui ne tarda pas

à s'ouvrir, et livra passage à une seconde concrétion, de la grosseur et de la forme d'une aveline dont les deux extrémités auraient été aplaties. Depuis ce moment jusqu'au 29 novembre 1827, jour où M. Grandelaude fut appelé pour le première fois, la plaie demeura fistuleuse et il s'en écoula un liquide verdâtre que l'on reconnut être de la bile. De nouveaux accidens étant survenus, une sonde fut introduite dans le trajet fistuleux et fit reconnaître qu'il était oblitéré par un corps assez consistant que l'on soupçonna être un nouveau calcul. M. Grandclaude, après avoir prescrit des boissons délayantes et des émissions sanguines pour calmer les accidens, dilata la plaie à l'aide de morceaux d'éponge préparée, et le 2 décembre, il put extraire avec une pince un calcul de forme cubique, de couleur grisâtre, et du poids de trente-quatre grains. La plaie est restée fistuleuse depuis cette époque, et la malade est mise à l'usage des potions éthérées, des pilules fondantes, etc.

M. Ribes fait remarquer l'analogie qui existe entre cette observation et celle d'Ignace de Loyola, rapportée par Colombus. La différence qu'elle présente, consiste en ce que, dans celle-ci, les calculs biliaires se dirigèrent vers l'intérieur au lieu de se frayer un passage au-dehors, et qu'à l'ouverture du corps on trouva qu'ils avaient pénétré dans le confluent de la veine-porte.

Pompe laryngienne. — M. Maingault fait, en son nom et à celui de MM. Baffos et Danyau, un rapport sur l'instrument présenté à l'académie par M.me Rondet, sage-femme du bureau de charité du 10.e arrondissement, et destiné à l'insufflation de l'air dans les poumons des nouveau-nés. Cet instrument se compose : 1.° du tube laryngien de Chaussier; 2.° d'un réservoir en caoutchouc, servant à contenir et à chasser l'air qui doit être insufflé dans les poumons; 3.° enfin, d'une partie moyenne servant à unir les deux précédentes et consistant dans une espèce de corps de pompe ou de virole en cuivre, garnie de deux soupapes qui permettent alternativement le passage de l'air dans le réservoir de gomme élastique et son introduction dans le tube laryngien.

Cet instrument est regardé par MM. les commissaires comme supérieur à celui de Chaussier, parce que avec ce dernier on ne porte dans les poumons qu'un air déjà altéré par un commencement de respiration; ils le jugent utile et nécessaire dans les établissemens destinés à recevoir les femmes enceintes, et à tous ceux qui se livrent à la pratique des accouchemens.

MM. Hedelhoffer, Emery, Moreau et Amussat parlent à cette occasion, du danger des insufflations d'air dans les poumons, danger si bien constaté par les expériences de M. Piorry et par celles plus récentes de M. Leroy d'Etiolles. MM. Deneux et J. Cloquet se louent, au

contraire, d'avoir employé ce moyen dans plusieurs occasions. M. Baudelocque pense que l'invention du tube laryngien est attribuée à tort à Chaussier; suivant lui, l'idée en est due à Smellie qui, le premier, s'est servi d'une sonde de femme pour insuffler de l'air dans les poumons.

Varicocèle. — M. Amussat présente un jeune grec sur lequel il a pratiqué la ligature de toutes les artères qui se rendent au testicule pour le guérir d'un énorme varicocèle. Depuis cette opération, la maladie a considérablement diminué, et le testicule s'est atrophié, résultat qui avait été prévu avant la ligature, et qui serait survenu également, quand bien même elle n'aurait pas été faite par suite des progrès de l'affection. Suivant ce praticien, au lieu de lier péniblement toutes les artères séparément, comme il l'a fait, il suffirait de lier l'artère spermatique, et c'est ce qu'il se propose de faire la première fois qu'il en trouvera l'occasion. Du reste, il ne conseille cette opération que dans les cas où le varicocèle est considérable et où il constitue réellement une infirmité.

Nécrose. — M. J. Cloquet présente à la section une esquille nécrosée en partie, et extraite, par lui, de la jambe d'un individu qui avait eu anciennement une fracture comminutive de cette partie. Ce chirurgien fait remarquer que, dans les fractures de cette espèce, lorsque les esquilles sont encore fixées à l'os par une portion de périoste, elles finissent par se souder et par faire corps avec lui : dans certains cas, au contraire, elles en sont entièrement séparées, et alors elles vivent isolément au milieu des parties molles; mais cette vie est nécessairement subordonnée au nombre et au volume des vaisseaux qu'elles reçoivent, et si ces vaisseaux sont trop rares ou s'ils viennent à s'oblitérer, les esquilles isolées sont frappées de nécrose en totalité ou en partie, ce qui produit de petits foyers de suppuration, des ulcérations plus ou moins rebelles, qui ne peuvent arriver à guérison que lorsque la nature s'est débarrassée, ou l'a été par l'art, de la partie osseuse nécrosée qui leur a donné naissance.

Séance du 26 février. — M. Evrat, à l'occasion de la *pompe laryngienne* de M.me Rondet, et sur laquelle un rapport a été fait dans la séance précédente, présente une sonde de caoutchouc, percée aux deux extrémités, dépourvue d'ouvertures latérales, et fermée au moyen d'un stylet terminé en bouton olivaire. Ce praticien se sert depuis trente ans de cet instrument pour insuffler l'air dans les poumons des enfans qui, en naissant, sont dans un état de mort apparente : suivant lui, il est de beaucoup préférable à la sonde qu'employait Smellie, au tube laryngien de Chaussier, et à tous les instrumens plus compliqués qu'on veut leur substituer; en raison de son élasticité, il se prête mieux aux inflexions qu'on lui fait subir pour

parvenir au larynx, et il n'expose point au danger de blesser ou de contondre les parties molles et délicates qu'il touche : en outre, l'air conduit par lui pénètre directement dans les ramifications des bronches au lieu de frapper les parois latérales du larynx, et quoique un peu moins pur que celui qu'on y porte avec la pompe de M.me Rondet, il est cependant plus convenable, parce que n'ayant pas l'inconvénient d'être froid il agit d'une manière moins défavorable sur les poumons des nouveau-nés. Enfin, dit M. Evrat en terminant, il est d'autres avantages qui concourent encore à mériter la préférence à cette sonde; ce sont la facilité avec laquelle on peut se la procurer, sa simplicité, la modicité de son prix et le peu d'embarras qu'elle occasionne à l'accoucheur.

Varicocèle. — M. Emery, au sujet du varicocèle dont M. Amussat a entretenu la section dans la séance précédente, fait observer que le procédé opératoire employé par ce chirurgien est celui que conseillait Maunoir, de Genève, pour atrophier le testicule squirrheux. M. Emery conçoit bien que par l'oblitération de l'artère spermatique on puisse arriver au dernier résultat, mais il craint que ce moyen ne reste insuffisant dans les cas de varicocèle, parce que cette maladie n'est pas bornée constamment aux veines du cordon testiculaire et s'étend quelquefois aussi à celles environnantes, qui ne sont point alimentées par l'artère spermatique. M. Amussat sait très-bien que Maunoir a proposé cette ligature pour déterminer l'atrophie du testicule malade, mais il pense que personne avant lui n'a conçu l'idée de l'appliquer à la cure du varicocèle; il croit que ce moyen doit être avantageux dans le plus grand nombre des cas, parce qu'il est rare, dit-il, que le varicocèle s'étende au-delà des veines du cordon; dans ceux où le contraire aurait lieu, il serait nécessaire de lier, non-seulement l'artère spermatique, mais encore toutes les artérioles voisines, comme il l'a pratiqué sur le malade qu'il a opéré : du reste, il promet de représenter ce malade plus tard. M. Rihes pense, comme M. Emery, que le varicocèle s'étend souvent beaucoup plus loin que ne semble le croire M. Amussat.

M. Oudet donne lecture de la lettre ministérielle relative au fauteuil mécanique de M. Dupont; à la suite, le rapport qu'il a lu dans la séance dernière; et les conclusions sont adoptées,

Polype utérin. — M. Amussat présente un polype très-volumineux et ulcéré, qu'il a excisé le matin. Ce polype, qui répandait une odeur infecte et qu'on avait pris pour un cancer de la matrice, était contenu dans le vagin, et formait une espèce de bourrelet qui recouvrait en haut le col de l'utérus, et l'enveloppait de telle sorte qu'il était tout-à-fait impossible de reconnaître cette partie. M. Amussat ne découvrit cette disposition qu'après avoir attiré le polype au-dehors,

et c'est alors seulement qu'il put agir d'une manière convenable pour ne point intéresser l'organe dans l'excision qu'il a pratiquée. M. Deneux cite un cas semblable dans lequel le polype fut pris pour un renversement de l'utérus; mais la malade en fut délivrée par les soins de M. Désormeaux. A cette occasion, M. Murat rapporte une observation qu'il a recueillie en 1816, à la Salpétrière : une femme portait un polype du volume de la tête d'un fœtus à terme, et qui avait occasionné une rétention d'urine et d'autres accidens tels que la malade se trouva sur le point de succomber. La ligature du polype fut tentée, mais sans aucun succès : alors M. Murat renversa l'utérus, puis, à l'aide de fortes tenettes à extraire la pierre de la vessie, il parvint à attirer la tumeur au-dehors; les choses étant dans cet état, il put établir une ligature sur le pédicule et couper le polype au-dessous. La ligature tomba huit jours après, en entraînant le pédicule comme si c'eût été le cordon ombilical. Cette ablation débarrassa la malade de ses incommodités, et cette femme, qui se rétablit très-bien, vécut encore deux ou trois ans. M. Deneux rappelle deux autres faits plus ou moins analogues, mais dont les suites furent loin d'être semblables. Dans ces cas, où il s'agit d'extraire des polypes très-volumineux au moyen du forceps, les femmes moururent bientôt; l'une d'elles, opérée par M. Deneux lui-même, mourut, au bout de vingt-quatre heures, d'une affection morale très-vive; l'autre, opérée par M. Dupuytren, et chez laquelle une portion de la membrane muqueuse de l'utérus avait été intéressée et entraînée avec le polype, succomba trente-six heures après. M. Deguise père rappelle à la section qu'il a déposé, il y a quinze ans environ, dans les cabinets de la Faculté, un polype de dix-sept pouces de circonférence, dont il fit la ligature avec les instrumens de Desault, très-longs et recourbés, et qu'il ne put extraire du vagin, après sa séparation, qu'à l'aide de crochets, le forceps n'ayant pu l'entraîner au-dehors; la femme s'était parfaitement rétablie après cette opération.

M. Kéraudren lit un mémoire de M. Fouilloy, second chirurgien en chef de la marine à Brest, et présente un instrument de l'invension de ce praticien, pour la ligature des artères profondes, spécialement de l'iliaque externe. Commissaires, MM. Ribes, Renault et Emery.

L'ordre du jour ayant amené dans cette séance, l'élection des membres qui doivent faire partie des Commissions des eaux minérales et des remèdes secrets, en remplacement de ceux qui en doivent sortir, M. Gardien a été nommé pour la première, et MM. Emery et Danyau pour la seconde.

Section de pharmacie. — *Séance du 14 février.* — Amidon. — M. Guibourt lit un mémoire sur ce principe immédiat des végétaux. M. Raspail a considéré la fécule comme un organe, et chacun de ses granules

comme formé d'une partie tégumentaire insoluble dans l'eau froide, et d'une substance intérieure, soluble dans ce véhicule et analogue à la gomme. M Caventou a combattu cette opinion : cette question étant restée indécise, M. Guibourt s'est proposé de l'éclaircir, et les expériences qu'il a tentées à ce sujet le portent à adopter le sentiment de M. Raspail. Il a observé que la fécule de pomme de terre, bien préparée et broyée sur un porphyre, perd de sa blancheur et de son éclat, et qu'à cet état, si on la mouille avec de l'eau, elle forme une colle tenace, ou que, si on la bat dans un mortier, elle donne un mucilage analogue à celui que fournit la gomme adraganth. Cette propriété conduira sans doute bientôt à la substituer à la gomme dans plusieurs arts où ce dernier corps est employé. Le broyement altère moins la fécule que la torréfaction qu'on lui faisait subir auparavant pour lui procurer ce degré de solubilité. M. Guibourt passe ensuite en revue les diverses espèces de fécules. M. Caventou observe que le salep, dont il a fait un examen très-attentif, n'est pas une fécule, mais une racine d'orchis trempée dans l'eau bouillante, et qui offre plusieurs caractères de la bassorine avec de l'amidon. M. Planche indique un moyen de reconnaître le sagou factice de fécule de pomme de terre; il absorbe beaucoup plus d'eau que le sagou blanc de l'Inde. Quant à la couleur des sagous ordinaires, elle paraît naturelle, suivant ce chimiste, et semble tenir aux végétaux d'où ils sont extraits, et non pas dépendre de la torréfaction, comme quelques auteurs l'ont avancé.

Copahu. — M. Caventou annonce que, par la distillation de quatre livres de copahu, il a pu obtenir vingt-huit onces d'huile essentielle.

Séance du 28 *février* 1829. — **Atropine.** — MM. Henry père et Robiquet lisent un rapport sur le principe actif de l'*atropa belladona* envoyé à l'Académie par M. Tilloy, pharmacien à Dijon. En suivant le procédé indiqué par l'auteur, les commissaires n'ont point obtenu d'atropine, mais un faible précipité jaunâtre. Alors ils ont tenté quelques expériences sur la matière brune adressée par M. Tilloy comme étant ce principe à l'état de pureté. Cette substance, traitée par l'hydrate de protoxyde de plomb (d'après le procédé de M. Plisson pour des matières analogues), a laissé reconnaître la présence de l'ammoniaque toute formée, ou du moins en partie, et combinée à l'état d'acétate. MM. Henry père et Robiquet terminent en disant que le procédé donné par l'auteur n'est pas assez détaillé pour obtenir l'atropine comme il l'a annoncé, et que celle dont il a décrit les propriétés n'est autre chose qu'un mélange d'ammoniaque, de chaux, d'acide acétique et d'autres substances organiques dont la nature n'a pu être déterminée faute de quantités suffisantes : l'existence d'un

alcaloïde végétal n'est donc aucunement constatée. Du reste, ils pensent qu'on doit savoir gré à l'auteur d'avoir concentré les propriétés de la belladone, de manière à procurer aux médecins un agent doué d'une extrême énergie.

Quina-quina des anciens Péruviens. — M. Virey lit des remarques sur le premier quina-quina des anciens Péruviens, ou sur l'arbre du baume du Pérou, avec la description de ses semences qu'il présente à l'Académie. Suivant lui, cet arbre, encore très-célèbre dans les diverses provinces du Pérou et du Maragnon, et dont on doit à J. de Jussieu la première description, publiée ensuite dans l'*Encyclopédie méthodique* sous le nom de *myrospermum pedicellatum*, laisse couler des fentes de son tronc un baume précieux qui sert, soit comme médicament, soit comme parfum. Ses fruits sont des samares imprégnées de résine balsamique, et dont on se sert en fumigations contre les douleurs rhumatismales, dans toutes les régions intertropicales du Nouveau-Monde. MM. Rob. Brown, Kunth et Decandolle réunissent ce genre aux *myroxylon*, et, suivant le dernier, c'est de lui qu'est obtenu le baume du Pérou vrai. Quant au nom de *quina-quina*, il vient de l'ancienne langue quichoa ou des Péruviens, dans laquelle le mot *quina-ai* signifie une enveloppe, et ce terme a été appliqué par réduplication aux écorces des arbres citées comme excellentes. C'est ce nom commun qui a fait confondre les *myrospermum* avec les cinchona, et qui a fait prétendre que le meilleur quinquina devait être doué d'une propriété balsamique et résineuse.

Hordéine. — M. Guibourt a examiné l'hordéine décrite d'abord par le célèbre Proust, et il résulte, des expériences diverses qu'il a tentées à ce sujet, que cette substance n'est qu'un mélange des tégumens de fécule et d'une matière ligneuse. Suivant lui, ce n'est point à la quantité de cette substance que l'orge doit sa propriété d'être plus indigeste que les autres céréales, mais à ce que cette semence elle-même est plus difficilement attaquable par les organes digestifs de l'homme.

Urée. — M. Henry, fils, lit un mémoire sur la préparation de cette substance, employée comme médicament dans quelques hôpitaux civils de Paris. Après avoir donné un précis de sa découverte par Rouelle et Cadet, des recherches de Cruikshank, Proust, Fourcroy, et de M. Vauquelin à son sujet, et de sa formation artificielle par M. Woehler (au moyen de la combinaison de l'ammoniaque avec les élémens de l'acide cyanique), il parle du procédé proposé par M. Huzard pour l'obtenir, et qui consiste à décomposer le nitrate acide d'urée au moyen du carbonate de potasse, et à traiter ensuite le produit par l'alcohol très-rectifié. Mais ce procédé offrant peu d'avantages, il s'est décidé à suivre celui-ci : Il verse dans de l'urine récente un lé-

ger excès de sous-acétate de plomb pour précipiter le mucus et d'autres matières animales. La matière décantée, on sépare le plomb par l'acide sulfurique un peu en excès ; on concentre le liquide par une prompte ébullition, et lorsqu'il est amené à consistance sirupeuse, on décolore avec le charbon animal. Cette liqueur, passée, évaporée d'un tiers et refroidie, se coagule souvent en masse cristalline aiguillée contenant beaucoup d'urée; les cristaux, traités par l'alcohol à 36 degrés, laissent, après la distillation de cet alcohol, l'urée qui, cristallisée dans l'eau et purifiée de nouveau par le charbon animal, donne de belles aiguilles blanches, soyeuses, prismatiques et très-solubles en divers menstrues. Suivant M. Robiquet, l'éther employé pour enlever la matière colorante de l'urine concentrée, enlève aussi beaucoup d'urée, de manière que ce procédé pourrait se pratiquer en grand pour obtenir l'urée; l'éther se retire ensuite au moyen de la distillation. M. Henry père ajoute que l'urée contient souvent du nitrate de potasse dont il faut la débarrasser.

Académie royale des Sciences.

Séance du 29 *décembre* 1828. — Botanique anté-diluvienne. — M. Adolphe Brongniart qui s'est spécialement occupé de rechercher la nature de la végétation qui couvrait la surface de la terre aux diverses périodes de la formation de son écorce, considère les flores de chaque formation géologique comme pouvant se réunir par des caractères communs déduits de différences considérables dans les rapports numériques des classes et de la diversité absolue dans les espèces et les genres, en quatre grands groupes ou périodes. Pendant toute la durée de chacune de ces périodes, la végétation n'a subi que des changemens graduels et bornés qui n'ont exercé aucune influence sur les caractères essentiels ; au contraire d'une période à celle qui la suit il existe un passage brusque, une différence subite dans les caractères les plus importans de la végétation. Dans la première des périodes établies par M. A. Brongniart, et qui correspond aux terrains houillers, des cryptogames vasculaires très-nombreux et la plupart gigantesques, et quelques monocotylédones se trouvent seuls. Les plantes de la seconde période, dont les débris ont été enveloppés dans le grès bigarré, sont peu nombreuses et appartiennent aux cryptogames vasculaires, aux phanérogames gymnospermes et aux monocotylédones. Mais les végétaux de la première de ces trois classes n'acquièrent plus le développement qu'on observe dans la période précédente, et ils ne l'emportent plus numériquement sur les plantes des deux autres classes. Dans la troisième période, qui embrasse la fin des terrains de sédiment inférieurs

et les terrains de sédiment moyens, la végétation est composée par les mêmes classes que dans la seconde, mais les phanérogames gymnospermes sont prédominans, et les cryptogames vasculaires ne tiennent que le second rang. Enfin, la quatrième période, qui se rapporte exactement aux terrains de sédiment supérieurs, présente des végétaux de toutes les classes actuellement existantes, parmi lesquelles les dicotylédones paraissent pour la première fois, et sont, comme à l'époque actuelle, de beaucoup les plus nombreuses : viennent ensuite les monocotylédones, les phanérogames gymnospermes, et en dernier rang les cryptogames et les agames. M. A. Brongniart compare ensuite avec attention la nature des végétaux fossiles de ces diverses époques, avec ceux qui croissent aujourd'hui dans les différentes régions du globe, et il en déduit des conséquences qui le mettent à même de déterminer, d'une manière au moins probable, quelques-unes des circonstances qui présidaient au développement de ces mêmes végétaux.

Séance du 12 janvier 1829. — Fièvre jaune, variole. — Le docteur Paradis, qui a exercé pendant long-temps la médecine en Espagne, et qui a rempli les fonctions de chirurgien en chef dans l'hôpital militaire français à Barcelone, adresse à l'Académie une lettre du docteur Pagès, médecin à Viana (Navarre) dans laquelle ce médecin donne plusieurs observations de fièvre jaune sporadique, développée au milieu des montagnes et à plus de quarante lieues de la mer, ce qui exclut, par conséquent, toute idée d'importation : ces divers exemples ont été recueillis dans le cours de 1828. Le même praticien annonce en même temps qu'il vient d'observer une épidémie de variole qui n'a ressemblé à aucune de celles déjà décrites par les auteurs, et qui a attaqué indistinctement les individus vaccinés et ceux qui ne l'avaient point été; lui même il en a été atteint. Malgré cela il n'en est pas moins partisan de la vaccine, et promet des détails ultérieurs à ce sujet.

Séance du 9 février. — Brebis monstrueuse. — M. le docteur Ovide Lallemand, de Grenoble, a adressé à l'Académie un monstre, né le 20 janvier dernier, qui, suivant lui, serait le produit de l'accouplement d'une brebis et d'un chien de berger. Il participe des caractères du chien par la peau, et de sa mère par la conformation de la tête et principalement des oreilles; il présente la réunion de deux cerveaux, de deux abdomens et probablement de deux cœurs; enfin il a huit pieds bien distincts. M. Geoffroy Saint-Hilaire, qui a été chargé, avec M. Serres, d'examiner cet animal, fait un rapport dans lequel il établit qu'il ne paraît point démontré qu'il soit réellement le produit de l'accouplement indiqué par l'observateur. Il reconnaît en lui une espèce de monstruosité déjà connue et représentée

dans plusieurs ouvrages, à laquelle il a donné le nom de *polyotus*.

Séance du 2 mars. — Influence de la température sur la mortalité des enfans nouveau-nés. — M. Duméril fait un rapport sur le mémoire que MM. Villermé et H. Milne Edwards ont adressé à l'Académie, relativement à cette question. « On avait reconnu depuis longtemps, dit-il, que chez les très-jeunes animaux à température constante, comme les mammifères et les oiseaux, l'acte de la respiration ne pouvait seul suffire à maintenir ou à conserver la chaleur qui leur est nécessaire pour l'exercice de la vie; aussi, par un instinct naturel, les parens, et surtout les mères, se tiennent-ils constamment en contact avec leurs nouveau-nés, afin de les préserver des causes du refroidissement. Dans les dernières années, M. Edwards aîné a démontré, par des expériences positives, qu'en effet les très-jeunes animaux ne sont pas encore organisés de manière à conserver une température supérieure à celle de l'atmosphère dans laquelle ils se trouvent plongés.

» Ce sont ces faits bien avérés, et dont l'influence sur la conservation de la vie est si grande, qui ont engagé MM. Villermé et H. Milne Edwards à rechercher dans quels rapports se trouvent les températures basses et élevées avec le nombre des enfans qui périssent dans les trois premiers mois de leur naissance. Dans ce but, ils ont relevé, avec le plus grand soin, les états de naissance et de mortalité, mois par mois, dans tous les départemens de la France, pour les années 1818 et 1819. Il résulte de ces recherches que, dans tout le royaume, la mortalité des enfans, de zéro d'âge à trois mois, est constamment plus prononcée dans le trimestre d'hiver que dans les autres saisons, tandis que, depuis l'âge d'un an jusqu'à la vieillesse, le nombre des individus qui meurent dans la saison froide est notablement moins considérable.

» Les auteurs du mémoire attribuent cette mortalité à l'usage et même à la nécessité établie par nos lois de faire présenter les enfans, dans les premiers jours de leur naissance, dans des lieux publics où ces petits êtres doivent être transportés, souvent à de grandes distances, quelle que soit l'intempérie de la saison. Ils font remarquer que plusieurs médecins italiens ont déjà fait la même observation, tels que Toaldo à Padoue, Zeviani à Vérone, etc. (auxquels nous ajouterons MM. Marc et Chaumeton, article *Baptême*, du *Dictionnaire des Sciences médicales*, où, indépendamment des inconvéniens attachés à l'exposition à l'air froid, ils signalent des dangers plus graves encore attachés aux ablutions d'eau froide sur la tête de petits êtres souvent faibles et toujours très-susceptibles.)

» Le travail principal des auteurs, continue M. Duméril, est consigné dans une série de tableaux de tous les départemens de la France,

disposés par ordre alphabétique, et indiquant, mois par mois, le décès de tous les enfans nouveau-nés, depuis la naissance jusqu'à trois mois, pendant les années 1818 et 1819. Un autre tableau, dressé dans le même but, donne les rapports du nombre des décès des enfans du même âge, et mois par mois, dans deux séries de départemens situés au nord du 45.ᵉ et 47.ᵉ degrés de latitude nord. Il résulte de cette comparaison que la mortalité diminue sensiblement au sud dès le mois de mars, et qu'elle se prolonge jusqu'à la fin d'avril dans le nord de la France.

» Comme l'ont très-bien fait sentir MM. Villermé et Milne Edwards, ces résultats sont intéressans pour la physiologie et pour la médecine, mais ils sont en outre de nature à provoquer l'attention et les soins du gouvernement et des législateurs; car, de même que pour constater le décès, l'officier civil ou son subdélégué se rend au domicile du défunt, ils pensent qu'il serait possible, avec quelques déclarations préalables obligées, de faire constater l'acte de naissance chez la mère de l'enfant, pendant la saison rigoureuse. »

Catarrhe vésical. — Le docteur Civiale lit un mémoire sur le catarrhe de la vessie. Ce chirurgien y traite principalement du catarrhe qui se manifeste à une époque avancée de la vie, sans cause apparente, et contre lequel on a vainement dirigé jusqu'ici toutes les ressources de l'art. Il pense que cette affection est le résultat de l'atonie musculaire de la vessie qui, n'expulsant qu'en partie le liquide et les mucosités qu'elle contient, recèle une cause continuelle d'irritation; et que le traitement de la maladie consiste à faciliter l'écoulement de l'urine, à empêcher l'accumulation et le séjour des mucosités dans la vessie, à l'aide du cathétérisme, à changer les propriétés vitales de cet organe, à rappeler l'irritation à l'extérieur, etc., etc. M. Civiale avance que cette condition de la vessie est quelquefois, plus que la présence de la pierre, la cause des accidens qui font craindre l'opération de la lithotritie, et que le traitement indiqué apporte une amélioration favorable à l'exécution de cette opération.

Lithotritie. — M. le docteur Leroy (d'Etiolles) adresse son instrument lithotriteur perfectionné. « En me déclarant, dit-il, le principal inventeur des instrumens lithotriteurs, l'Académie, dont j'emprunte ici textuellement les paroles, a daigné reconnaître aussi que l'idée première de l'un des perfectionnemens qui ont mérité un prix à M. Heurteloup, m'appartient; j'avais, en effet, et M. Heurteloup n'a jamais élevé de doute à cet égard, dès long-temps reconnu qu'au lieu de faire à la pierre des perforations successives, il serait préférable de l'évider en rendant le foret fortement excentrique. J'avais d'abord obtenu cet effet au moyen d'une fraise soutenue par une tige

élastique dont la courbure et la rectitude étaient déterminées par une canule servant de gaîne. A la vérité, la simple élasticité de la tige ne présentait pas assez de résistance : ce défaut fut corrigé d'une manière très-ingénieuse par M. Heurteloup. Cependant le foret à courbure fixe de cet habile chirurgien présente deux articulations qui pourraient faire craindre pour sa solidité; de plus, il ne peut être mis en usage avec la pince à trois branches dans le plus grand nombre des cas.

Pour opérer l'évidement d'une pierre saisie par une pince à trois branches, au moyen de laquelle ont été obtenues jusqu'à ce jour la plupart des guérisons, il fallait : 1.° que la courbure des lames ou fraises destinées à agir sur la pierre eût lieu brusquement; 2.° que la tige qui supporte le foret eût peu de diamètre, afin qu'elle pût tourner dans l'endroit où les branches, pressées par la gaîne extérieure, forment un collet rétréci; 3.° que le foret présentât une grosse tête pour servir d'appui aux branches pendant que l'opérateur cherche à saisir le calcul, disposition qui se trouve dans le foret de M. Civiale, et que j'ai blâmé à tort dans mon ouvrage sur les calculs; 4.° il fallait obtenir la solidité et la fixité de la courbure; 5.° il fallait, enfin, que la portion du foret qui sert à faire mouvoir les lames excentriques pût être à volonté séparée de la tige, puisque cette tige, à cause de sa grosse extrémité, doit être introduite dans la canule par l'intervalle des branches. »

Ce perforateur, que M. Leroy a nommé *évideur à grosse tête*, se compose d'une canule étroite, terminée par une fraise plus volumineuse. Des parties latérales de cette tête sortent une ou deux lames destinées à évider le calcul; elles sont supportées par une tige qui se prolonge dans toute la longueur de la canule, et se termine par un long pas de vis sur lequel vient s'adapter, après que *l'évideur à grosse tête* est placé dans la pince, le mécanisme qui détermine la saillie ou la rentrée des lames. Rien de plus simple que ce mécanisme : le même pas de vis qui sert à unir les deux portions de l'instrument est aussi le mobile qui détermine le mouvement de l'évideur, suivant que l'on tourne de droite à gauche ou de gauche à droite : un petit verrou sert à fixer les lames au degré de saillie qu'on leur a donné; des degrés tracés sur l'extrémité de la tige indiquent la sortie de l'évideur. On peut, à l'aide de ce nouvel instrument, détruire dans une seule séance des calculs de treize à quatorze lignes, et l'auteur présente en même temps des fragmens de pierres provenant de trois opérations qu'il a faites avec succès, depuis deux mois, à l'hôpital Saint-Côme.

Séance du 16 mars. — INSTRUMENT POUR L'INSPIRATION DE CHLORE. — M. le docteur Cottereau présente le dessin d'un nouvel appareil de son invention, qu'il employe pour faire inspirer le chlore dans la

phthisie, les catarrhes pulmonaires, etc. Ce dessin est accompagné d'une description détaillée d'observations essentielles sur la disposition générale de l'appareil, et de l'indication succincte des principaux motifs qui le rendent de beaucoup préférable à celui proposé par M. Gannal. MM. Magendie et Duméril sont nommés commissaires. Lors du rapport qui en sera fait, nous donnerons une description de cet appareil.

Accouchemens. — M. le docteur Baudelocque, neveu, annonce par une lettre, qu'il a pratiqué, le 9 février dernier, sur une femme en travail, de petite stature, une opération nouvelle dans l'art des accouchemens, avec un instrument de son invention qui a pour effet de diminuer considérablement le volume de la tête de l'enfant. Après avoir fait constater par MM. Désormeaux et Paul Dubois l'impossibilité de l'accouchement naturel et la mort de l'enfant, il a fait l'application de cet instrument; l'opération n'a pas duré plus de six à huit minutes, et le broyement lui-même de la tête, qui a été réduite au noyau d'un pouce, a été opéré dans l'espace d'une dixaine de secondes. Le cinquième jour après l'accouchement, la femme était sans fièvre; le huitième, elle put se rendre à pied chez elle; le neuvième, elle y fut visitée par le docteur Hervez de Chégoin, qui la trouva en pleine convalescence. Depuis lors, elle a toujours été très-bien portante. Nous donnerons des détails plus étendus sur cette opération lorsque M. Baudeloque neveu aura lu son travail et présenté son instrument à l'Académie.

VARIÉTÉS.

Police médicale. — Sulfate de cuivre employé dans la préparation du pain; moyen de reconnaître la présence de ce sel cuivreux.

Parmi les questions aussi nombreuses que variées que la médecine-légale est appelée à résoudre, il en est qui ont d'autant plus d'importance qu'elles se rattachent à un intérêt général. Telle est celle qui fait l'objet de la lettre suivante, et qui nous a paru digne de fixer l'attention par les recherches qu'elle a fait naître et les résultats qui en ont été la conséquence.

Les bourguemaître et échevins de la ville de Bruges, à M. le professeur Orfila.

Quoique nous soyons redevenus étrangers à la France, persuadés que les sciences sont cosmopolites, et que les savans de tous les pays appartiennent à leurs contemporains, sans distinction de limites

géographiques ou politiques, nous prenons la liberté de recourir à vos lumières pour la solution d'une question extrêmement importante pour la santé publique, et que nos chimistes n'ont pu résoudre jusqu'ici. Voici, Monsieur, ce dont il s'agit.

Nous avons appris qu'en cette ville, comme à Gand, à Bruxelles et ailleurs, des boulangers faisaient usage d'une dissolution de sulfate de cuivre en place de levure de bière, pour faire lever leur pain, et lui donner plus de poids en faisant retenir à la pâte une plus grande quantité d'eau La mixtion de cette substauce dans le pain pouvant compromettre la santé et même la vie des habitans, nous désirons avoir des moyens certains de reconnaître la présence du sulfate de cuivre dans le pain. Nous on avons fait faire une analyse chimique qui n'a rien prouvé, quoiqu'on eût la certitude morale de l'emploi de ce poison dans le plus essentiel des alimens.

Pour tâcher de retrouver cette substance dans le pain, les essais suivans furent tentés avec *une livre et demie de pain*, poids de marc, dans la pâte duquel on fit entrer *vingt-quatre grains de sulfate de cuivre*.

Premier essai. — Quatre onces de ce pain, après la cuisson, furent mises en macération pendant huit heures dans huit onces d'eau distillée. La liqueur filtrée se trouva parfaitement limpide; mais, par l'addition de l'ammoniaque, une légère teinte verdâtre s'y fit remarquer. L'arséniate de potasse et le prussiate de potasse ont été sans action. Le muriate de baryte n'y a fait naître aucun précipité.

Second essai. — Une lame d'acier bien poli a été plongée dans le *maceratum* de quatre onces du même pain, pendant six heures, et elle en a été retirée légèrement noircie, et ayant un reflet jaunâtre. Cette lame ayant été lavée avec de l'acide sulfurique très-étendu, l'ammoniaque n'y a produit aucun changement de couleur.

Troisième essai. — Trois onces de ce pain furent bouillies dans une lessive alcaline, dans le but de détruire le gluten qu'on croyait pouvoir empêcher la solution du sulfate. Le magma fut mis en contact avec de l'acide nitrique affaibli; l'ammoniaque ajouté à la liqueur filtrée n'y a pas démontré la présence du cuivre.

Quatrième essai. — Six onces dudit pain furent calcinées dans un creuset, et le charbon en provenant fut pulvérisé dans un mortier de crystal, et soumis à l'action de l'acide nitrique affaibli. Il ne s'y manifesta pas de dégagement de vapeurs rutilantes. L'acide filtré était sans couleur, et l'ammoniaque y est resté sans aucune action.

Il est inutile de vous dire, Monsieur, que d'après la nullité des résultats de ces essais, nos boulangers, malgré la défense de la police, peuvent impunément continuer de mettre dans leur pain une substance aussi vénéneuse, puisque nos pharmaciens eux-mêmes

n'ont pu retrouver la moindre trace de ce poison dans le pain où ils en avaient mis pour leurs essais. Cette affaire nous paraît d'autant plus importante, qu'outre le danger de l'emploi de cette substance, même en petite quantité dans le pain, il est très-possible que par ignorance, par distraction ou autrement, les boulangers doublent ou triplent les doses.

Nous avons en conséquence l'honneur de vous prier, Monsieur, d'avoir la bonté de nous aider de vos lumières, en nous indiquant, s'il est possible, les moyens de reconnaître la présence du sulfate de cuivre dans le pain. Ce sera un grand service que vous aurez rendu à l'humanité, et nous en serons infiniment reconnaissans. Vos excellens ouvrages sur la médecine-légale et la toxicologie nous font espérer que ce ne sera pas inutilement que nous aurons invoqué votre assistance.

Nous avons l'honneur d'être, etc., etc.

Bruges, ce 12 *mars* 1829.

Pour résoudre le problême proposé, on a fait un pain d'une livre dans lequel on a mélangé une solution de *quatre grains de sulfate de cuivre*. Le pain ayant été cuit offrait une teinte légèrement bleuâtre; une portion coupée par morceaux et laissée dans l'eau distillée pendant huit heures, a fourni une dissolution dans laquelle le prussiate de potasse décélait la présence d'un sel cuivreux par la teinte rouge-cramoisi qu'il communiquait au liquide. Les autres réactifs mis en usage pour reconnaître le cuivre étaient sans action ou agissaient de manière à ne pas faire soupçonner la présence de ce métal. Le précipité rouge-cramoisi, développé par le prussiate de potasse, était bien plus prononcé lorsqu'au lieu de faire agir simplement l'eau distillée sur le pain, on employait de l'eau aiguisée d'acide sulfurique.

Voyant par ces expériences qu'il était impossible d'acquérir la certitude que le pain contenait un sel cuivreux, on en a incinéré la moitié; pour cela, après l'avoir coupé par morceaux, on l'a introduit successivement dans un creuset chauffé jusqu'au rouge, et calciné jusqu'à ce que le charbon ait été *complètement inciné*. Cette opération a duré neuf heures. Les cendres étaient d'un *bleu de ciel*; retirées du creuset et traitées par de l'acide sulfurique faible, elles ont été en grande partie dissoutes; la dissolution, à peine colorée, devenait d'un très-beau bleu céleste par l'ammoniaque, précipitait en noir par l'acide hydrosulfurique, en rouge-cramoisi par le prussiate de potasse, et laissait déposer du cuivre métallique lorsqu'on y plongeait une lame de fer décapée.

Ainsi, la préparation cuivreuse a été découverte dans *une demi-livre de pain qui contenait deux grains de sulfate de cuivre*; et si les ex-

perts qui avaient tenté infructueusement la calcination n'ont pas réussi à démontrer le sel cuivreux dans un pain qui en contenait au moins six fois autant, c'est parce qu'ils se sont bornés à carboniser le pain, tandis qu'ici il a été inciné.

Nécrologie. — *Léveillé.* (*Jean-Baptiste-François.*)

Le docteur Léveillé a terminé sa carrière dans les premiers jours de ce mois. Une maladie longue et douloureuse a enlevé ce médecin recommandable à tant de titres. Né le 25 août 1769, à Ouzouër, petite commune du Nivernais, de parens qui faisaient un grand commerce de fer, et ayant reçu une éducation distinguée, il vint à Paris et commença à se livrer en 1790 à l'étude de la médecine. Il fut un des disciples que Desault remarqua et honora de sa bienveillance. Après avoir pris ses grades en 1799 dans l'Ecole de Paris, dite alors de Santé, il fut nommé chirurgien de première classe à l'armée d'Italie. Dans la campagne suivante, il fut chargé du service sédentaire de l'hôpital de Pavie. C'est là qu'il se lia intimement avec le célèbre Scarpa, dont il a fait connaître en France plusieurs travaux. M. Léveillé quitta le service de la chirurgie militaire en 1801, et se livra dès-lors à Paris à la pratique de la médecine. C'est surtout dans les premières années de cette nouvelle carrière, qu'il publia un assez grand nombre d'écrits estimables, qui lui valurent une réputation brillante. Le docteur Léveillé était médecin de plusieurs des prisons de Paris, de la Maison royale de santé, et depuis peu de temps de l'Hôtel-Dieu. Les ouvrages dont nous avons parlé sont les suivans :

Exposition d'un systême plus simple de médecine, ou éclaircissement et confirmation de la nouvelle doctrine médicale de Brown; traduit d'après l'édition italienne et des notes du professeur J. Frank. Paris, 1798, in-8.°

Dissertation physiologique sur la nutrition du fœtus dans les mammifères et les oiseaux. Paris, 1799. — C'est la dissertation inaugurale de M. Léveillé.

Traité pratique des maladies des yeux, ou expériences et observations sur les maladies qui affectent ces organes; trad. de l'italien d'A. Scarpa. Paris, 1802, in-8.°, 2 vol. *Ibid.* 1811, in-8.°, 2 vol.

Élémens d'ostéologie, de myologie et de la mécanique des mouvemens de l'homme. Paris, 1802-1810. in 8.°, 2 vol.

Mémoires de physiologie et de chirurgie-pratique. Paris, 1804, in-8.° — Ce volume contient deux mémoires de M. Léveillé, sur la luxation du fémur en avant et sur la nécrose; une édition nouvelle avec des notes, et précédée d'une préface, du mémoire de Scarpa sur la structure interne des os, et la traduction de celui sur les pieds-bots.

Nouvelle doctrine chirurgicale, ou Traité complet de pathologie. Paris, 1811-1812, in-8.°, 4 vol. — Cet ouvrage, très-mal écrit, contient d'excellentes remarques et observations sur divers points de chirurgie. C'est un de nos meilleurs traités de chirurgie.

Mémoire sur l'état actuel de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie en France, et sur les modifications dont il est susceptible. Paris, in-4.°

Hippocrate interprété par lui-même, ou commentaires sur les Aphorismes, d'après les écrits vrais et supposés d'Hippocrate. Paris, 1818, in-8.°

M. Léveillé a inséré un grand nombre d'articles dans divers recueils; tels sont, entr'autres :

Dans les *Mémoires de la société médicale d'émulation* : Dissertation physiologique sur cette question : « Le sentiment est-il entièrement détruit dès l'instant que la tête est tout-à-coup séparée du corps? » (Tom. I, p. 449.) — Mémoire sur les maladies qui affectent les bouts des os après les amputations des membres. (Tom. I, p. 122.) — Mémoire sur la nécessité de ne pas toujours amputer sur-le-champ, dans le cas où un membre est emporté par le boulet. (Tom. V, p. 208.) — Mémoire sur les rapports qui existent entre les premières et les secondes dents, et sur la disposition favorable de ces dernières au développement des deux mâchoires. (Tom. VII, p. 394.) — Essai sur les maladies dont le cours est interrompu par l'intervention d'autres maladies, et qui le reprennent lorsque ces dernières sont jugées et guéries. (Tom. VIII, 2.e partie, p. 443.)

Dans les *Bulletins de la société de la Faculté* : Mémoire sur la cyphose paralytique (Extrait.) (1806, p. 105.) Obs. sur une gangrène de la face développée chez un adulte, et semblable à celle qu'on dit être particulière aux enfans. (Tom. VI, p. 443.)

— M. le docteur Liégard nous adresse la réclamation suivante :

« Dans le Numéro de février de cette année, au sujet d'un rapport de M. Amussat à l'Académie, sur mon instrument *la bougie-sonde*, on avance, que *je considère les callosités du canal de l'urètre comme des êtres chimériques*, etc.; et on dit plus loin : *cette assertion d'un homme qui paraît avoir très-peu étudié l'anatomie pathologique de l'urètre*, etc. Il me suffirait, pour me disculper, de déclarer ici que je ne dis pas un mot dans mon mémoire qui puisse faire croire que je nie l'existence des callosités : le seul passage qui ait pu induire en erreur n'est relatif qu'aux obstacles apportés au passage de mon instrument par les lacunes muqueuses et le vérumontanum, obstacles dont on a, je le répète, exagéré l'importance. Mais je tiens en outre à vous convaincre que personne plus que moi n'est persuadé de

l'existence de brides, callosités, etc. Ancien élève de l'Ecole-pratique, j'ai assisté aux démonstrations de l'anatomie pathologique du canal de l'urètre, par M. Amussat; et là j'ai pu voir et toucher ces obstacles de consistance et de forme si différentes : plus tard, je dessinai moi-même les empreintes des sondes exploratrices, de l'ouvrage manuscrit de M. Ségalas, sur les rétrécissemens, et récemment publié : plus tard encore j'ai soutenu ma thèse sur *la rétention de l'urine causée par les rétrécissemens de l'urètre* : et enfin actuellement une de mes principales occupations est de détruire chaque jour des rétrécissemens par les méthodes combinées de Ducamp et de Lallemand : maintenant je vous le demande, M. le Rédacteur, est-il supposable que j'aie pu nier l'existence des callosités. »

P. S. « Si je ne craignais d'abuser de votre complaisance, je vous prierais de vouloir bien ajouter encore que je n'ai connu la sonde-bougie de M. Cullerier que depuis la présentation de mon mémoire à l'Académie, et que cet instrument, dont on m'a envoyé le dessin, n'est nullement semblable au mien. »

A. L.

Caen, 20 *mars* 1829.

—M. Bérard vient d'être nommé à la place de chirurgien au Bureau central d'admission des hôpitaux de Paris, à la suite d'un concours brillant. Cette place lui avait été disputée avec plus ou moins d'avantages, et toujours avec talent, par MM. Bourgery, Boyer (Philippe), Farget, Grant, Guersent (Paul), Jobert, Sanson (Alphonse), et Thierry. — Un concours pour une autre place doit s'ouvrir le 28 avril.

Prix proposé par la Société de Médecine de Paris, 1829.

Un prix de 300 fr., dont les frais sont faits par M. Deneux, membre de la Société, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« *Quelles sont les maladies que la grossesse fait naître, celles qu'elle guérit, et celles dont elle ne fait que suspendre la marche ?* »

Les mémoires doivent être adressés, dans les formes académiques, avant le 31 octobre 1829, à M. Nacquart, secrétaire de la Société, rue Sainte-Avoie, N.° 39.

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie de l'homme; *par* N. P. Adelon, *D. M. P.*, *professeur de medecine-légale à la Faculté de Médecine de Paris*, *etc.*; *seconde édition*, *revue et augmentée*. *Paris*, 1829. *In-8.° 4 vol. Chez Compère jeune*, *libraire*.

Ce n'est pas dans un article du Journal, quelqu'étendue qu'on pût y donner, qu'il serait possible d'analyser un traité complet de physiologie. D'ailleurs le livre de M. Adelon n'en a plus besoin. Arrivé en moins de deux ans aux honneurs d'une seconde édition, cet ouvrage est suffisamment connu, et se recommande assez par ce titre. Nous nous contenterons donc à-peu-près de signaler les changemens et les augmentations dont l'auteur a enrichi cette seconde édition. « Continuant, dit-il, de mettre à profit, avec une fidélité religieuse et avec la plus complète indépendance, toutes les lumières qui m'ont été fournies, non-seulement j'ai exposé tous les travaux nouveaux qui ont été faits sur la physiologie de l'homme depuis 1823, mais encore j'ai réparé les oublis dont involontairement je m'étais rendu coupable, et je me suis efforcé de porter de tous ces travaux un jugement équitable. J'ai refait en entier l'article relatif au système nerveux, et j'y ai exposé les idées nouvellement émises sur l'anatomie et la physiologie de ce système, par MM. Ch. Bell, Serres, Desmoulins, Laurenect et Meyranx, Flourens, Rolando, etc.; et j'ai ajouté, à l'article de la *vue*, les recherches nouvellement faites par M. Pravaz sur la vision, et aux articles de l'*ouie* et de la *voix*, les théories nouvelles proposées sur le mécanisme de ces actions, par M. Savart. J'ai de même enrichi l'article de la *digestion* de tous les faits nouveaux qu'ont recueillis sur l'histoire de cette fonction MM. Leuret, Lassaigue, Gmélin et Tiedemann, etc., etc. Enfin, bien que fauteur de la doctrine du vitalisme en physiologie, je n'ai passé sous silence aucune des tentatives par lesquelles on a cherché à rattacher les phénomènes de l'économie animale aux lois physiques et chimiques générales; et particulièrement j'ai exposé les expériences par lesquelles M. Barry a voulu rattacher l'absorption et la circulation veineuse à la pesanteur atmosphérique, ainsi que les idées d'après lesquelles M. Dutrochet a tenté de ramener l'action nerveuse, et par conséquent la vie, à l'électricité. »

Nous ne prononcerons pas si l'ouvrage de M. Adelon est le meilleur traité de physiologie qui existe dans notre langue, car les autres ont chacun leur mérite particulier qui peut ne pas se trouver au même

degré dans celui-là ; mais nous avancerons sans crainte de nous tromper, qu'il est le plus complet, le plus indépendant de toute opinion préconçue, partant, le plus utile aux élèves en médecine et à tous ceux qui veulent connaître dans toutes ses parties et sous toutes ses faces la science de l'homme.

Sans doute on pourrait désirer quelquefois plus de correction dans le style, plus de force dans les principes généraux ; mais il serait difficile de faire une narration plus consciencieuse, de mettre plus de bonne foi dans l'appréciation des travaux et des doctrines exposés. C'est là le mérite essentiel de toute œuvre semblable à celle de M. Adelon, et c'est celui qu'il a atteint. Du reste, un grand nombre de chapitres ne laisse rien à désirer sous aucun rapport, et la marche de son ouvrage est claire, bien ordonnée. Nous aurons probablement occasion de revenir sur cette vaste composition, fruit des méditations d'un grand nombre d'années, en analysant quelques-uns des ouvrages de physiologie que notre époque a vu naître, et en recherchant l'état de cette science et l'esprit qui en dirige l'étude.

Matière médicale pratique, contenant l'histoire des médicamens, leurs vertus, leurs compositions officinales, leur application aux diverses maladies, ainsi qu'une dissertation sur l'art de les prescrire, d'après des principes fixes et scientifiques ; par J. F. Kluyskens, *M. et C. D., professeur extraordinaire dans la Faculté de Médecine de Gand, etc.* 2 *vol. p.* 526 et 624. *Gand*, 1824-1826.

Tous les jours l'art de guérir fait de nouveaux progrès ; la médecine, comme toutes les autres sciences, laisse successivement derrière elle des points de doctrine approuvés quelques années auparavant. Les perfectionnemens qu'on a insensiblement apportés dans les sciences botaniques, physiques, chimiques, physiologiques, etc., ont produit dans la thérapeutique et la pharmacologie des changemens et des modifications très-importans, de sorte que plusieurs traités de matière médicale, naguère justement estimés et très-recommandables encore sous quelques rapports, ne sont plus aujourd'hui au niveau des connaissances. C'est pour remplir cette lacune que M. Kluyskens a composé l'ouvrage que nous avons sous les yeux. Son but a été de réunir tout ce qu'on suppose connu à présent sur la nature des médicamens, sur leur mode d'action dans l'économie animale, sur leurs effets généraux et particuliers, et sur les diverses manières de les appliquer au traitement des maladies.

Dans une introduction qui est en grande partie traduite de celle de l'ouvrage du docteur G. A. Paris, intitulée : *Pharmacologia*, l'auteur établit d'abord ce qu'on doit entendre par *médicament*. « On appelle ainsi, dit-il, les substances qui, par une administration con-

venable, déterminent certains changemens dans le système vivant, par lesquels ses actions morbides peuvent être totalement détruites ou avantageusement modifiées. » Il examine ensuite la manière d'agir des médicamens, ou le principe d'après lequel ils effectuent des changemens salutaires dans l'état morbide. Il fait voir que ce *modus operandi*, comme il le nomme, est enveloppé d'une grande obscurité. Cependant, des considérations qu'il présente à ce sujet, il conclut que « les organes particuliers du corps peuvent être mis en action par quatre modes de communication distincts et différens :

« I. Par le contact du remède approprié,

« 1.° porté sur le lieu par absorption *sans décomposition*.

« Intérieurement.	*a.* par les branches du canal thoracique ;	
	b. .... de la veine porte ;	
« Extérieurement.	*c.* .... des vaisseaux divisés ;	
	d. .... des lymphatiques.	

« 2.° Porté sur le lieu *avec décomposition*, à la suite de laquelle une ou plusieurs de ses parties constituantes sont développées et passent dans le cours de la circulation.

« II. Par l'impulsion communiquée au moyen des nerfs.

« III. Par l'influence sympathique qu'exerce l'estomac sur des parties éloignées.

« IV. Par l'opération de la sympathie contiguë, ou qui est déterminée par la seule proximité ou continuité des parties. »

Il passe ensuite à des considérations sur la classification des médicamens, et il fait voir pourquoi il est si difficile d'arriver sur ce point à un résultat contre lequel on ne puisse élever d'objection. Il présente, sous forme de tableaux synoptiques, la classification de Cullen et celle du docteur Murray. La première est considérée maintenant comme basée sur des principes entièrement faux. Quant à la seconde, notre auteur l'adopte parce qu'elle a le mérite d'être d'une grande simplicité et d'offrir, selon lui, une division de classes d'une conformité très-exacte dans ses applications aux opérations des médicamens.

L'auteur entre ensuite en matière, et décrit les diverses substances médicamenteuses. En avant de chacun des groupes de médicamens on trouve des considérations générales sur leur manière d'agir, sur les effets qu'ils produisent sur l'économie, etc. Dans la description de chaque médicament, l'auteur indique la composition chimique, les principes dans lesquels son activité réside, la solubilité relative dans les divers menstrues, les proportions dans lesquelles on doit le mêler ou le combiner à d'autres corps, les substances dont l'addition est incompatible et qui pourrait détruire les propriétés, enfin les meilleures formes sous lesquelles on peut l'administrer, avec l'indication de ses doses et de ses usages.

Il a ajouté, à la suite de chaque médicament, les préparations officinales dont il est l'objet, d'après la pharmacopée belge et d'après d'autres qui sont les plus estimées en Europe; de sorte que l'on trouve dans un même article la valeur de la substance médicinale dans son état le plus simple et dans son état le plus composé.

Enfin, l'ouvrage est terminé par un aperçu sur les eaux minérales les plus usitées, naturelles et factices, dont les formules sont prises dans le codex de Paris; par une dissertation sur les antidotes et par un traité sur l'art de prescrire les combinaisons médicinales, qui offre beaucoup d'intérêt et qui occupe environ un tiers du second volume : ces deux dernières parties sont traduites textuellement de l'ouvrage déjà cité du docteur Paris. On ne doit pas en faire un reproche à l'auteur, car il avoue dans sa préface que, pour composer son ouvrage, il a compulsé la plupart des livres qui ont traité du même objet, qu'il y a pris ce qui lui a paru le plus utile, et que, très-souvent, il a transcrit textuellement plusieurs morceaux quand il y a trouvé ses idées convenablement exprimées. Ce traité élémentaire de matière médicinale, fait dans un bon esprit, nous semble mériter l'attention des médecins.

Nosographie organique; par F. G. Boisseau. *Tome II.* 1828, *in*-8.° *Chez Baillière.*

Commençons par donner une sorte de table des matières que renferme ce second volume de la Nosographie organique. Nous signalerons ensuite ses principaux articles à l'attention des lecteurs.

L'histoire de la péritonite, par laquelle M. Boisseau a commencé ce volume, termine le livre premier, consacré aux maladies des organes de la digestion. Les maladies des organes de la respiration sont le sujet du second livre. Le chapitre premier de ce livre renferme la description des maladies du nez, des fosses nasales et des sinus frontaux et maxillaires. Les affections du larynx sont étudiées dans le chapitre second. Celles de la trachée-artère, du corps thyroïde et des bronches forment la matière des chapitres troisième, quatrième et cinquième. Les maladies du poumon remplissent le chapitre sixième, et le septième roule sur celles de la plèvre; enfin, le chapitre huitième, par lequel ce volume est terminé, traite des maladies du diaphragme.

Fidèle à la méthode qu'il a suivie dans le premier volume, M. Boisseau examine les maladies sous le quadruple rapport de leurs caractères anatomiques, de leurs signes ou des lésions fonctionnelles correspondantes aux altérations organiques, de leurs causes et de leur traitement; et comme il est certaines maladies, qui, pour ainsi dire, incomplètes, manquent, dans l'état actuel de la science, de l'élément *anatomique*, M. Boisseau ne néglige pas de le signaler, et

de décrire ces sortes d'exceptions, comme décrivaient toutes les maladies les médecins qui jadis n'étaient point éclairés du précieux flambeau de l'anatomie pathologique.

Dans ce volume, comme dans le précédent, notre auteur a eu soin de consulter tout ce qui a été fait de plus remarquable sur les maladies dont il s'occupe. Il nomme les auteurs, il indique leurs ouvrages, il rend justice à tout le monde; quand il ne partage pas l'opinion ou la doctrine d'un auteur, il ne se contente pas de manifester purement et simplement son dissentiment, mais il expose ses raisons, développe ses argumens et ne rejette les idées des autres, qu'après les avoir discutées avec bonne foi et sincérité. Les articles les plus importans de ce volume sont ceux que M. Boisseau a consacrés aux phlegmasies du larynx, des bronches, du poumon et de la plèvre. Il considère le croup comme une variété de la laryngite; c'est une laryngite suraiguë, dont rien ne prouve la spécificité *étiologique*. Il rapporte un exemple qui lui est propre de croup mortel survenu chez une dame, âgée d'environ 30 ans, et douée d'une forte constitution (ce n'est pas M. Boisseau qui traita la malade.) Sans nier l'efficacité de l'acide hydro-chlorique préconisé d'abord par M. Bretonneau, M. Boisseau ne connaît aucun fait propre à démontrer que la guérison de l'état morbide du pharynx, par cet acide, ait jamais prévenu le développement de la laryngite, avec formation de fausse membrane laryngée.

M. Boisseau rattache les tubercules pulmonaires à l'inflammation chronique des poumons. Cette manière de voir, que les Pujol et les Broussais ont développée les premiers, nous paraît appuyée sur la plus saine observation, et nous croyons que la pratique ne peut que gagner à être dirigée d'après cette idée, pourvu toutefois que la sagesse et la prudence président à ses procédés.

Le traitement des phlegmasies, soit aiguës, soit chroniques des organes principaux de la respiration, est un des points les plus importans de l'art de guérir. Nous devons féliciter M. Boisseau de s'en être occupé avec un soin tout particulier et de n'avoir pas craint de descendre dans les détails, en apparence, les plus minutieux. Il nous semble que cette partie du travail de M. Boisseau ne saurait être trop méditée par quiconque aime à n'employer contre les maux de ses semblables que des moyens conformes aux préceptes de la saine raison et de la véritable expérience. M. Boisseau, après un examen attentif des principaux faits rapportés à l'appui de l'efficacité de l'émétique à haute dose dans le traitement de l'inflammation aiguë des poumons, s'exprime ainsi (p. 500.) : « Les malades ont guéri, quoiqu'ils eussent pris de l'émétique, mais rien ne prouve qu'ils aient été guéri parce qu'ils en ont pris, et surtout parce qu'ils en

ont pris une si grande quantité. Or, aucun médecin consciencieux ne doit avoir recours à un moyen que tout lui annonce devoir être dangereux, sur la simple asecrtion d'un homme quel qu'il soit: peu m'importe qu'on m'accuse de timidité dans l'exercice de l'art de guérir : il est méprisable le courage du médecin lorsque tout le danger est pour le malade. »

Il y a bien dans le volume que nous venons d'analyser quelques taches légères, inséparables d'une grande composition ; il y a aussi quelques opinions que nous ne partageons pas complètement (ce qui ne prouve pas, il est vrai, que ces opinions ne soient pas aussi bonnes ou même meilleures que les nôtres); toutefois nous recommandons vivement l'ouvrage de M. Boisseau à la lecture du public médical, et nous faisons des vœux pour que la suite ne tarde pas long-temps à paraître. (J. Bouillaud.)

Sur la rupture du cal, ou méthode sûre de rompre les os mal réduits pour ramener le membre à sa rectitude naturelle; par Joseph Frédéric OEsterlen, *licencié en médecine et en chirurgie, chirurgien du grand bailliage de Kirchheim dans le Wurtemberg, etc. Trad. de l'allemand par* J. C. Maurer. *Paris et Strasbourg.* 1828, *in*-8.°, 182 *pp. avec pl.*

A mesure que la science a fait de nouveaux progrès, l'art de guérir est devenu de moins en moins subordonné à des routines aveugles, et l'expérience a fait justice d'une foule de méthodes barbares que l'ignorance avait perpétuées. Toutefois, il est encore quelques points de pratique sur lesquels les auteurs sont peu d'accord, et dont ils ne font même mention que par une sorte de respect pour certaines autorités, sans avoir cherché à en apprécier par eux-mêmes la valeur réelle. Tel est entre autres le moyen sur lequel M. OEsterlen appelle aujourd'hui l'attention des praticiens; la majorité des auteurs n'en parle que d'après Celse, et l'on ne trouve guère que Fabrice d'Acquapendente et Purrmann qui traitent cette question avec des élémens fournis par l'expérience. Notre auteur a pensé qu'elle ne pouvait être résolue que par des faits, et il rapporte dans ce but trente-huit observations, dont les huit premières constatent la possibilité de rendre au membre toute sa rectitude par l'extension et la contre-extension exercées en même temps qu'on presse fortement sur la saillie formée par la réunion vicieuse des os, lorsque déjà la consolidation est parfaite, au bout de cinq semaines, par exemple. Les douze observations suivantes sont autant de preuves du succès qu'on peut obtenir en rompant le cal déjà ancien, d'une fracture très-irrégulièrement consolidée, à l'aide d'une machine disposée à cet effet : cette opération

est généralement bien moins douloureuse qu'on ne le pense communément. Ces observations sont confirmées par dix exemples de rupture accidentelle du cal dans des fractures mal réduites, où cette seconde fracture ayant été traitée méthodiquement, les malades ont eu la satisfaction de voir disparaître la difformité du membre qui existait auparavant. Enfin, à ces observations, M. OEsterlen en ajoute dix autres de courbure des os qui a pu être redressée par la simple extension. Tous les exemples rapportés par l'auteur montrent que les divers procédés employés pour faire disparaître la difformité résultant d'une réunion vicieuse des os fracturés, sont généralement suivis de succès, et que l'on n'a point à redouter d'accidens graves à la suite des différentes manœuvres que nécessitent la rupture nouvelle et la réduction. Les cas d'insuccès sont très-rares, et l'un de ceux qu'on peut citer comme exemple est celui du père Ignace, fondateur de l'ordre des Jésuites, qui fut blessé à la cuisse en 1521, dans sa vingt-huitième année, au siége de Pampelune par les Français. La réduction du cal nouvellement rompu fut faite si maladroitement, qu'il fallut pratiquer la résection d'une portion de l'os qui faisait saillie au-dessus du genou.

L'ouvrage de M. OEsterlen nous paraît très-propre à fixer l'opinion des praticiens sur la valeur d'une méthode qui n'a pas été jusqu'à présent suffisamment examinée. En reconnaissant toute l'utilité du travail de l'auteur, c'est encourager son traducteur M. Maurer à continuer d'enrichir ainsi notre langue des productions importantes de l'Allemagne. Cependant nous devons l'engager à soigner davantage son style, et surtout à ne pas employer indistinctement des expressions dont le sens est très-différent : c'est ainsi que dans une foule de passages on trouve le pied indiqué au lieu de la jambe comme siége de la fracture.

L'Art de préparer les chlorures de chaux, de soude et de potasse, suivi de détails sur les moyens d'apprécier la valeur réelle de ces produits, leur application aux arts, à l'hygiène publique, etc., etc.; par A. Chevallier, *pharmacien, etc. Paris,* 1829. *In-8.° avec pl. Chez Béchet. Prix, 5 fr., et 6 fr. par la poste.*

Il est peu de produits chimiques dont les applications utiles soient à la fois aussi nombreuses et variées que ceux qui font l'objet de cet ouvrage ; aussi était-il à désirer de voir leur histoire exposée d'une manière complète sous ces divers rapports. C'est ce travail qu'a entrepris M. Chevallier, et il suffira d'en donner une analyse succincte pour en démontrer toute l'importance. Le but de l'auteur est de faire connaître aux médecins, aux pharmaciens et aux manu-

facturiers : 1.° les procédés usités pour la préparation des chlorures, soit qu'on les destine à être employés dans les arts, soit qu'on veuille les faire servir à l'assainissement, soit enfin qu'on les fasse entrer dans les préparations médicamenteuses; 2.° les diverses applications qu'on a faites de ces produits, et les moyens mis en usage pour en obtenir les résultats les plus satisfaisans; 3.° la plupart des cas dans lesquels le chlore a été employé, et l'usage qu'on vient d'en faire pour combattre la phthisie. L'auteur a réuni à ses propres recherches les nombreux documens épars dans les recueils scientifiques, et les indications multipliées que renferme cet ouvrage prouvent combien le chlore et ses composés sont des agens utiles dans une foule de circonstances très-dissemblables. On peut établir, dans le travail de M. Chevallier, trois grandes sections : la première est toute chimique, et comprend l'historique de la découverte des chlorures, leur synonimie, leurs caractères et leurs propriétés, les composés avec lesquels on ne doit pas les confondre, l'état dans lequel le chlore se trouve dans les chlorures, la manière d'agir des chlorures désinfectans, leurs divers modes de préparation, et la chlorométrie ou moyens proposés pour apprécier la force des chlorures. La seconde section embrasse toutes les applications de ces produits chimiques aux arts en général et à l'hygiène publique. Enfin, la troisième section a spécialement pour objet les cas nombreux où les chlorures peuvent être employés comme agens thérapeutiques. On conçoit que pour mieux faire ressortir toute l'importance d'un pareil travail, il était nécessaire de présenter dans un ordre systématique tous les faits qui se rattachent à ces trois séries principales, en les rapprochant d'après les analogies qu'ils offraient naturellement. C'est aussi la marche qu'a suivie M. Chevallier en traçant l'histoire chimique des chlorures et leur emploi dans les arts; mais dans l'exposé de leurs applications thérapeutiques, il s'est plutôt attaché à enregistrer tous les faits connus jusqu'à ce jour qu'à les coordonner d'une manière méthodique; aussi traite-t-il successivement de sujets très-disparates, et l'on trouve beaucoup de répétitions qu'il eût évitées par ce moyen. Ce que nous disons des chlorures s'applique également à l'exposition des usages du chlore dans les arts et la thérapeutique : il était moins utile de présenter chronologiquement les applications qu'on en a faites, que de les indiquer d'après les cas plus ou moins analogues où leur efficacité a été reconnue. Cette distribution des matières jette de la confusion dans ce travail et y rend les recherches difficiles; mais il sera facile de faire disparaître cette légère imperfection dans une nouvelle édition, car l'ouvrage de M. Chevallier est du nombre de ceux qui sont destinés à en avoir plusieurs.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1829.

Mémoire sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu ; par J. B. H. Dance, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

Ayant recueilli un certain nombre d'observations sur l'emploi de l'émétique à haute dose, dans plusieurs maladies inflammatoires, et principalement dans le rhumatisme articulaire aigu, nous avons pensé qu'il serait utile d'en publier les résultats. Il nous a semblé que, malgré le grand nombre de faits que la science possède déjà sur cette matière, la question thérapeutique qui s'y rattache n'était point encore résolue ; qu'on n'avait pas tenu assez compte des effets primitifs de l'émétique dans ces circonstances ; que delà étaient résultées peut-être des explications fautives sur son mode d'action, une trop grande confiance et une trop pleine sécurité dans son emploi. Nous avons voulu, par des observations détaillées, faire voir que cette médication n'est pas, 1.° toujours praticable dans les cas auxquels on l'a spécialement appliquée ; 2.° qu'elle n'est pas toujours innocente ; 3.° que, mettant même de côté ces chances défavorables, son efficacité (dans le rhumatisme articulaire aigu) ne l'emporte point

sur celle des méthodes ordinaires de traitement. Nous partagerons ces observations en plusieurs groupes, suivant que l'émétique aura été favorable, insuffisant, nul, ou même nuisible pour combattre la maladie; nous les réunirons ensuite dans un tableau commun, par leurs caractères les plus saillans, et terminerons par des corollaires dans lesquels seront exposés, d'après ces mêmes observations, les effets primitifs de l'émétique à haute dose, examinées les questions relatives à la tolérance et au mode d'action de ce médicament, posées enfin les règles à suivre et les contr'indications à éviter dans ce traitement; nous arriverons, en dernier lieu, à cette conclusion générale : c'est que l'émétique à haute dose, trop vanté par les uns, et peut-être trop déprécié par les autres, doit être restreint, dans son application, à un très-petit nombre de cas.

Avant de commencer, nous prévenons, une fois pour toutes, que, chez tous les malades dont on va lire les observations, l'émétique a été administré dissous dans un infusum léger de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger convenablement édulcoré; nous indiquerons d'ailleurs, à chaque observation, la quantité de ce véhicule et les doses d'émétique employées chaque jour; nous ajouterons, qu'ayant noté soigneusement les évacuations éprouvées par les malades soumis à ce traitement, nous les avons indiquées par des nombres qui ne sont point arbitraires. La reconnaissance nous fait un devoir de dire, en terminant, que toutes ces observations ont été recueillies dans le service de M. Husson, à l'Hôtel-Dieu, et que ce médecin a bien voulu se charger de revoir notre manuscrit afin de confirmer l'exactitude des faits qu'il contient.

Obs. I. — *Rhumatisme articulaire aigu peu fébrile, traité avec succès, dès son début, par l'émétique à haute dose* (78 *gr. en sept jours*). — Un garçon marchand de

vin, âgé de 18 ans, fortement constitué, fut pris, à la suite d'un refroidissement, de douleurs dans la plupart des grandes articulations. Le 4.e jour (24 février 1824), son mal ayant empiré, il se fit transporter à l'Hôtel-Dieu : les trois principales articulations du membre supérieur gauche étaient le siége d'un engorgement assez marqué et de douleurs aiguës augmentant par le mouvement et la pression ; des douleurs moins vives se faisaient sentir dans la profondeur des hanches et le long du rachis; la température de la peau et la fréquence du pouls s'éloignaient peu de l'état naturel; la langue était humide et large. (*Tartre stibié, 6 gr.; 24 onces de véhic. 6 prises d'heure en heure.*) Vomissemens répétés après la troisième et la cinquième prises; une selle liquide abondante. Sur le soir, le malade se disait mieux.

Le 2.e jour, articulations moins douloureuses et plus libres dans leurs mouvemens que la veille. (*Tart. stib. 8 gr., 30 onces de véhic. 6 prises.*) Six selles liquides pendant la journée, point de vomissemens.

Le 3.e jour, Métastase des douleurs sur les articulations des genoux; cessation de la fièvre; langue humide; désir d'alimens. (*Tart. stib.. 12 gr., 40 onces de véhic. 8 prises.*) Deux selles liquides, point de vomissemens.

Le 4.e jour, état très-satisfaisant; articulations exemptes de toute douleur. (*Tart. stib. 16 gr., 40 onces de véhic. 8 prises, quart d'alimens.*) Nausées et vomissemens à la sixième prise.

Le 5.e jour, guérison. La quantité de tartre stibié, réduite à 12 grains, est continuée pendant les deux jours suivans. Nous nous sommes assuré, par la suite, que cette guérison s'était soutenue et qu'il n'était résulté aucun accident, au moins apparent, de l'emploi du tartre stibié.

Obs. II.e — *Rhumatisme articulaire de médiocre acuité, combattu avantageusement, dès son début, par*

l'émétique à haute dose (112 grains en huit jours.) — Un tisserand, âgé de 22 ans, travaillant dans un caveau étroit et humide, fut atteint, il y a deux ans, d'un rhumatisme articulaire aigu qui se prolongea pendant un mois. Sur la fin de novembre 1824, il fut repris de la même maladie et admis à l'Hôtel-Dieu le sixième jour de son invasion. Les articulations des genoux, chaudes, engorgées et douloureuses, ne pouvaient se prêter à aucun mouvement; le pouls était plein, dur, sans fréquence; la peau hâlitueuse; la langue humide, couverte d'un enduit saburral épais. (*Tartre stibié, 6 gr., 24 onces de véhic. 4 prises de deux en deux heures.*) Vomissemens abondans après chaque prise; plus tard, neuf selles liquides précédées de coliques.

Le 2.e jour, grand amendement. Le malade fléchissait et étendait facilement les membres inférieurs, il n'éprouvait de la douleur qu'à l'indicateur de la main gauche et demandait vivement à manger; son pouls était calme. (*Tart. stib. 8 gr., comme ci-dessus, demi-quart d'alimens.*) Dix selles en dévoiement; point de vomissemens.

Le 3.e jour, retour des douleurs sur les articulations tibio-tarsiennes; gonflement inflammatoire à l'indicateur, au dos de la main et au poignet gauches; langue humide. (*Tart. stib. 10 gr., comme ci-dessus.*) Deux selles, point de vomissemens.

Le 4.e jour, métastase des douleurs sur le poignet droit, qui se tuméfie à mesure que le gauche se dégorge. (*Tart. stib. 12 gr.*) Aucune évacuation par haut ou par bas.

Les 5.e et 6.e jours, les douleurs abandonnent les poignets et se transportent dans l'épaule gauche, le malade prend 12 grains de tartre stibié le 1.er jour et 16 grains le second, il n'éprouve aucune évacuation, mais à la suite de la prise de chaque dose d'émétique, il tombe dans une

sorte d'assoupissement léthargique accompagné d'un embarras indéfinissable dans la tête.

Les 7.e et 8.e jour, le même phénomène ne se reproduit point, quoique la quantité de tartre stibié soit portée à 24 grains chaque jour; les douleurs articulaires cessent entièrement, et dans peu de jours le malade quitte l'hôpital en parfaite santé.

Obs. IIIe — *Rhumatisme articulaire aigu traité avec succès, au dixième jour de son invasion, par l'émétique à haute dose* (*42 grains en six jours.*) — Un peintre en bâtimens, âgé de 28 ans, pâle et d'une constitution délicate, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 18 octobre 1827, au dixième jour d'un rhumatisme articulaire aigu qui avait parcouru la plupart des grandes articulations, il était dans l'état suivant : poignets gonflés, chauds et douloureux par le mouvement et la pression; doigts gros, arrondis, raides et demi-fléchis; irradiation des douleurs jusqu'aux coudes et aux épaules; peau en moiteur; pouls légèrement fréquent, dur et plein; langue humide, couverte d'un enduit jaunâtre. (*Tart. stib.* 4 *gr.*, 4 *onces de véhic.* 4 *prises d'heure en heure.*) Vomissemens après la troisième prise; plus tard, six évacuations alvines copieuses, à la suite desquelles le malade se sent le corps *dégarni*, pour nous servir de son expression. Sur le soir, les poignets étaient presque entièrement dégorgés, les doigts pouvaient se fléchir et s'étendre à volonté; toutefois la peau était plus chaude que le matin, le pouls s'élevait à 90 pulsations par minute. Pendant la nuit, quatre nouvelles garderobes liquides.

Le 2.e jour, retour des douleurs sur les poignets, dont le gonflement s'était accru; langue sale, humide. (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *véhic.* 4 *onces*, *addition de* 1 *once de sirop diacode*, 4 *prises de deux en deux heures.*) Borborygmes incommodes, trois selles liquides, point de vomissemens.

Le 3.ᵉ jour, poignet droit seul douloureux et engorgé; langue humide; pouls calme; désir d'alimens. (*Tart. stib.* 8 *gr.*, *véhic.* 4 *onces*, *sirop diacode* 1 *once*, 4 *prises.*) Aucune évacuation par haut ou par bas.

Les 4.ᵉ, 5.ᵉ et 6.ᵉ jours, les mêmes doses de tartre stibié sont administrées sans produire aucune évacuation; le poignet droit se dégorge entièrement; aucune autre douleur ne se fait sentir dans les articulations; le malade ne tarde pas à quitter l'hôpital dans un état satisfaisant; toutefois, ayant eu occasion de le revoir un mois après, il se plaignait encore de raideur dans les membres, et n'avait pu se livrer à ses occupations habituelles.

Obs. IV.ᵉ — *Rhumatisme articulaire aigu existant depuis un mois, dont la guérison a paru accélérée par l'émétique à haute dose* (108 *gr. en neuf jours*). — Un boulanger, âgé de 29 ans, ayant éprouvé, il y a deux ans, un rhumatisme articulaire aigu qui s'était prolongé pendant deux mois, fut repris de la même maladie dans le courant de janvier 1824; il souffrait déjà depuis un mois, lorsqu'il se présenta à notre observation (18 février suivant), et n'avait employé pour tout traitement que des boissons adoucissantes et un régime convenable. L'articulation du poignet gauche était engorgée, chaude, douloureuse par le mouvement et la pression; des douleurs moins vives, sans tuméfaction, existaient au coude et à l'épaule du même côté; les genoux étaient raides et seulement endoloris; le pouls avait de la fréquence sans dureté; la langue était pâle, humide. (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *véhic.* 24 *onces*, 6 *prises d'heure en heure.*) Vomissemens abondans après les deux premières prises; plus tard, évacuations alvines copieuses; sur le soir, le nombre des selles s'élevait à douze, le malade éprouvait une grande soif, il se disait soulagé.

Le 2.ᵉ jour, sommeil interrompu par la nécessité de se

présenter plusieurs fois encore au vase de nuit ; poignet gauche moins gonflé et plus libre dans ses mouvemens que la veille ; pouls moins fréquent. (*Tart. stib.* 8 *grains, comme ci-dessus.*) Deux selles liquides, point de vomissemens.

Jusqu'au 9.e jour inclusivement, les doses de tartre stibié administrées dans la même quantité de véhicule, sont portées de 8 à 10, 12 (*bis*), 14, 18 et 20 grains, qui provoquent chaque jour deux à trois selles liquides sans vomissemens. Dès le quatrième jour de ce traitement, l'articulation du poignet était entièrement dégorgée, le malade n'éprouvait plus de douleurs ; il avait grand appétit, et entremêlait même ses alimens avec la boisson émétisée. Vers le commencement de mars, quelques faibles douleurs, accompagnées de raideur, se sont encore fait sentir dans les articulations, mais sans altérer la santé ni troubler la circulation.

Obs. V.e — *Rhumatisme articulaire aigu général, traité d'abord avec succès par les émissions sanguines, au bout de trois semaines, recrudescence de la même maladie bornée à une seule articulation et guérie par l'émétique à haute dose* (12 *grains en huit jours.*) — Un cordonnier, âgé de 50 ans, d'une forte constitution, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1824, atteint depuis quatre jours d'un rhumatisme envahissant la plupart des grosses articulations, et tellement aigu, que le plus léger mouvement des membres était douloureux ; le pouls était fort et fréquent ; la face colorée ; la langue blanche, humide. Six saignées copieuses, et toutes recouvertes d'une couenne épaisse, furent pratiquées dans l'espace de cinq jours ; chaque évacuation sanguine fut suivie d'un soulagement manifeste. Le 6.e jour, toutes les articulations étaient dégorgées, le pouls était rentré dans l'état naturel, et bientôt le malade fut en état de quitter l'hôpi-

tal; mais au bout de trois semaines il est admis de nouveau dans le même établissement, atteint depuis trois jours d'un gonflement inflammatoire qui occupait le pourtour de l'articulation du poignet gauche, le dos de la main et l'avant-bras du même côté; le pouls était fréquent la langue humide et large. (*Tart. stib.* 6 *gr.*; *véhic.* 24 *onces*; *six prises d'heure en heure.*) Vomissemens après la première prise; plus tard, quatre selles liquides abondantes.

Le 2.e jour, diminution du gonflement de l'articulation affectée; fièvre plus modérée. (*Tart. stib.* 8 *grains*, *comme ci-dessus.*) Quatre selles liquides, point de vomissemens.

Le 3.e jour, amélioration croissante; cessation de la fièvre. (*Tart. stib.* 10 *grains.*) Le 4.e jour, dégorgement complet du poignet, liberté des mouvemens de cette articulation; désir d'alimens. (*Tart. stib.* 12 *gr.*, *quart d'alimens.*) Le lendemain, le tartre stibié est continué à la dose de 16 grains, puis de 20 grains pendant les trois jours suivans; on n'observe ni vomissemens, ni évacuations alvines; la guérison se confirme; et pendant un mois que le malade est resté soumis à notre observation, il nous a paru entièrement exempt de tout accident qu'on pût attribuer à l'émétique.

— Si le traitement du rhumatisme par l'émétique à haute dose était constamment suivi de résultats aussi favorables que ceux qui découlent des cinq observations précédentes, il serait inutile de recourir à d'autres faits pour établir sa supériorité sur toute autre espèce de traitement préconisé contre cette maladie (car les guérisons ont été promptes et sans accidens, au moins apparens, du côté des voies digestives); et il n'est aucun médecin qui, mettant de côté toute espèce de théorie ou d'opinion préconçue, ne s'empressât de l'adopter dans sa pratique; mais nous verrons bientôt que ces succès se réduisent à

un petit nombre de cas qui, généralisés mal à propos, pourraient devenir la source de graves erreurs; nous remarquerons en outre que, pour juger de la valeur d'une médication, il faut non-seulement compter le nombre des faits qui en constatent les avantages, mais encore peser séparément chacun de ces faits et en analyser toutes les circonstances. Sous ce point de vue, les observations que nous venons de rapporter prouvent seulement que les rhumatismes articulaires récens et de médiocre acuité (Obs. I.re, II.e et III.e), ou bien anciens et touchant à l'époque de la solution spontanée de cette maladie (Obs. IV.e et V.e), peuvent être enrayés dans leur marche ou bien accélérés dans leur terminaison par l'usage de l'émétique à haute dose. Dans le premier cas, le mérite du succès est moindre que si le rhumatisme était intense et en pleine activité, et dans le second cas, il perd une partie de sa valeur en ce que la guérison paraît être autant l'ouvrage de la nature que celui de l'art.

A ces faits, opposons-en d'autres plus nombreux et plus décisifs qui prouvent l'inefficacité de ce traitement contre le rhumatisme. Nous commencerons par ceux dans lesquels la maladie a fléchi momentanément sous son influence, et passerons ensuite à ceux dans lesquels il a échoué complètement.

Obs. VI.e — *Rhumatisme articulaire aigu traité, au quinzième jour de sa durée, par l'émétique à haute dose, d'abord avec une sorte de succès; mais peu de jours après, recrudescence de la même maladie, qui résiste opiniâtrement au même traitement (156 grains en dix jours.)* — Un jeune homme âgé de 25 ans, d'une forte constitution, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1824, au quinzième jour d'un rhumatisme articulaire aigu qui s'était emparé de la plupart des articulations; on ne pouvait toucher ou remuer les membres inférieurs sans provoquer de vives douleurs; les genoux étaient distendus

par un épanchement synovial abondant ; les douleurs s'irradiaient jusqu'aux articulations tibio-tarsiennes ; le pouls était plein et dur, sans beaucoup de fréquence ; la langue blanche, humide. (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *véhic.* 24 *onces ; quatre prises de deux en deux heures.*) Vomissemens répétés après la troisième prise, quatre selles liquides abondantes.

Le 2.e jour, les articulations des genoux étaient moins gonflées, le pouls moins dur que la veille ; le malade demandait vivement à manger. (*Tart. stib.* 10 *gr.*, *administrés comme ci-dessus ; quart d'alimens.*) Vomiturititions après la deuxième prise ; deux selles en dévoiement.

Le 3.e jour, les articulations des genoux étaient entièrement dégorgées, toute douleur avait cessé dans les autres articulations. (*Tart. stib.* 16 *grains.*) Deux selles liquides ; point de vomissemens.

Le 4.e jour, le malade pouvait être regardé comme entièrement guéri ; toutefois il conservait de la plénitude et de la dureté dans le pouls. (*Tart. stib.* 24 *grains.*) Vomissemens après la dernière prise, quatre selles en dévoiement.

Le 5.e jour, état tout aussi satisfaisant que la veille ; la quantité de tartre stibié est réduite à 6 grains. Les jours suivans, le malade est exempt de toute douleur articulaire, mais son pouls est toujours dur. (*Suspension du tartre stibié.*) Au 9.e jour, les douleurs reparaissent dans les articulations des genoux, et produisent un engorgement considérable autour de ces parties ; au 12.e, elles se disséminent dans la plupart des autres articulations ; on revient de nouveau à l'usage du tartre stibié à la dose de 6 grains, et successivement de 10, 16, 22 et 30 grains administrés comme ci-dessus ; les deux premiers jours, quelques vomissemens et plusieurs évacuations alvines ont lieu ; les autres jours, on n'observe aucune évacuation ; l'engorgement des articulations des genoux va croissant ; les douleurs, loin de se calmer comme précédem

ment, s'exaspèrent de plus en plus, et forcent le malade à garder le lit pendant six semaines; il n'éprouvait, du reste, aucun symptôme d'irritation gastro-intestinale.

Obs. VII.e — *Rhumatisme articulaire aigu traité d'abord avec une apparence de succès, au 19.e jour de la maladie, par l'émétique à haute dose; retour des douleurs articulaires, nouvelle administration de l'émétique sans résultats avantageux* (194 *grains en dix jours.*) — Une blanchisseuse âgée de 16 ans avait été prise, dans le courant de janvier 1825, d'un rhumatisme articulaire aigu, contre lequel deux saignées furent inutilement employées; au dix-neuvième jour de cette maladie, elle fut reçue à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant: immobilité du membre supérieur droit, dont les principales articulations étaient engorgées; douleur sans gonflement autour des genoux; pouls fréquent et résistant; langue large, molle et humide. (*Tart. stib.* 6 *gr., véhic.* 24 *onces, quatre prises de deux en deux heures.*) Vomissemens abondans à la suite des trois premières prises, et plus tard cinq évacuations alvines copieuses. Le 21.e jour, amélioration évidente; diminution dans l'intensité des douleurs; fièvre plus modérée. (*Tart. stib.* 10 *grains, comme ci-dessus.*) Vomissemens après la deuxième et la quatrième prise; cinq selles en dévoiement. Le 3.e jour, mouvemens de flexion et d'extension exécutés facilement dans les articulations du membre supérieur droit, qui, l'avant-veille, était, pour ainsi dire, paralysé par la douleur. (*Tartre stib.* 16 *grains.*) Vomituritions, quatre selles liquides.

Les 4.e, 5.e et 6.e jours, guérison apparente, liberté complète des articulations; mais fréquence du pouls. (24 *grains de tartre stibié sont administrés le premier jour,* 36 *le second, et la même quantité le troisième.*) Nausées et vomissemens abondans chaque jour, sans évacuations

alvines; dégoût et répugnance invincible pour la boisson émétisée; suspension du traitement. Les trois jours suivans, même état; aucun trouble du canal alimentaire. Au 10.ᵉ jour, douleurs aiguës dans l'épaule gauche; au 13.ᵉ, extension de ces douleurs aux articulations des poignets et des genoux; fréquence permanente du pouls. On revient inutilement à l'usage du tartre stibié en commençant par la dose de 6 grains jusqu'à 12, 18 et 30 grains pendant quatre jours; de nombreuses évacuations ont lieu chaque jour; les douleurs articulaires continuent imperturbablement leur marche et ne cessent entièrement qu'au bout d'un mois. Du reste, la malade nous a paru exempte de toute irritation consécutive du canal digestif.

Obs. VIII.ᵉ — *Rhumatisme articulaire aigu, traitement par l'émétique à haute dose au 9.ᵉ jour de la maladie; rémission des douleurs pendant les deux premiers jours; plus tard, exaspération des symptômes, prolongation de la maladie pendant un mois (70 grains en six jours.)* — Une ouvrière âgée de 46 ans, forte et sanguine, atteinte depuis neuf jours d'un rhumatisme articulaire aigu qui s'était emparé successivement d'un grand nombre d'articulations, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 9 mars 1824. A cette époque, les articulations des genoux étaient engorgées, chaudes et douloureuses au moindre mouvement; celles du coude et du poignet gauches présentaient un gonflement analogue et forçaient la malade à tenir le membre dans l'immobilité la plus complète; la peau était chaude, halitueuse; le pouls fréquent et dur; la langue humide et couverte, à sa base, d'un enduit grisâtre. (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *véh.* 24 *onc.*, 6 *prises d'heure en heure.*) Nausées et vomissemens abondans après la première prise; plus tard, onze évacuations alvines jaunâtres qui se succèdent coup sur coup. Sur le soir, la malade éprouvait une sorte de détente dans toutes les articulations; pen-

dant la nuit, sommeil de courte durée, trois nouvelles garde-robes liquides. Le 2.e jour, les douleurs articulaires étaient, en général, moins vives; les genoux paraissaient moins gonflés; le pouls conservait la dureté de la veille. (*Tart. stib.* 8 *grains, véhic.* 32 *onces, huit prises.*) Vomiturilions, deux selles peu abondantes, dégoût et répugnance pour la boisson émétisée, relâche dans toutes les articulations; persistance de la fièvre. Le 3.e jour, réapparition des douleurs dans la plupart des jointures; gonflement autour des genoux. (*Tart. stib.* 12 *gr.*, *véhic.* 40 *onces, huit prises.*) Deux selles, point de vomissemens; mais sensation de plénitude incommode à l'épigastre. Le 4.e jour, les genoux, les coudes, les poignets, en un mot toutes les grandes articulations étaient entreprises à un degré élevé. (*Tart. stib.* 16 *gr.*, *comme ci-dessus.*) Dégoût et nausées continuelles; vomiturition; deux selles. Les 5.e et 6.e jours, les doses de tartre stibié, continuées à 16 grains, puis réduites à 12, provoquent des vomissemens et des coliques violentes; suspension du traitement. Les jours suivans, les douleurs se transportent d'une articulation à l'autre, et ne cessent de tourmenter la malade que vers le mois d'avril. On n'observait, du reste, aucun signe d'irritation gastro-intestinale.

—On a dû remarquer, dans les trois faits précédens, que les douleurs articulaires avaient été suspendues momentanément, pendant les premiers jours du traitement par l'émétique à haute dose, mais que la fièvre n'avait point disparu avec ces symptômes locaux; de telle sorte que les malades étaient toujours sous l'influence du rhumatisme, qui n'a pas tardé à se manifester de nouveau sur les articulations avec ses caractères ordinaires, et a résisté opiniâtrement à la même médication. Il suit de là que la guérison de cette maladie ne doit être jugée complète qu'autant que les phénomènes locaux et généraux auront cessé;

encore reste-t-il pendant long-temps une prédisposition aux récidives, prédisposition qui n'est guère attaquable par nos médicamens.

Obs. IX.[e] — *Rhumatisme articulaire sur-aigu, administration de l'émétique à haute dose sans aucun succès évident* (84 *gr. en sept jours*). — Un jeune homme âgé de 24 ans, fortement constitué, sujet depuis quelques années à des attaques d'arthritis qui le retenaient au lit pendant une quinzaine de jours et se terminaient ensuite spontanément, avait été repris de la même maladie, à la suite d'un voyage entrepris pendant un temps froid et humide; des douleurs aiguës se faisaient sentir dans presque toutes les jointures; mais surtout dans celles des genoux qui étaient tendues et soulevées, par un épanchement synovial abondant; ces douleurs s'exaspéraient pendant la nuit, et privaient le malade de tout sommeil; le pouls était plein, fréquent et dur, la peau sudorale, la langue blanche, humide. Tel était l'état de ce malade le 22 mars 1824, au cinquième jour de l'invasion de la maladie (*Tart. stib.* 6 *gr.*; *véhic.* 24 *onces*, 6 *prises d'heure en heure*). Six garde-robes liquides copieuses, point de vomissemens. Sur le soir, le malade se disait soulagé, il éprouvait du relâche dans toutes les articulations. 2.[e] jour, la fièvre était moindre, mais les articulations étaient entreprises au même degré que hier matin (*Tart. stib.* 8 *gr.*, *véhic.* 32 *onces*, 8 *prises*). Six selles liquides, point de vomissemens. 3.[e] jour, aucun amendement, redoublement de la fièvre (*Tart. stib.* 10 *gr. comme ci dessus*). Une selle liquide, point de vomissemens. 4.[e] jour, faible variation dans l'intensité des douleurs qui abandonnent les membres supérieurs et se concentrent sur les inférieurs (*Tart. stib.* 12 *gr.*) Aucune évacuation par haut ou par bas. 5.[e], 6.[e] et 7.[e] jours, les doses de tartre stibié sont portées à 16 grains par

jour; elles déterminent plusieurs évacuations alvines précédées le dernier jour de vives coliques et de tortillemens d'entrailles ; suspension du tartre stibié. Les jours suivans, l'état du malade ne changeant point, deux saignées sont pratiquées et produisent un grand soulagement ; toutefois les douleurs se sont prolongées pendant un mois encore, voyageant d'une articulation à l'autre. Du reste, le malade nous a paru n'éprouver aucun accident consécutif à l'emploi de l'émétique.

Obs. X.e — Rhumatisme articulaire sur-aigu ; administration de l'émétique au début et pendant dix jours, tolérance parfaite, aucun soulagement manifeste 152 gr. en dix jours). — Un voiturier âgé de 24 ans, d'une stature élevée, d'une forte constitution, revenant du Hâvre à Paris par un temps froid et humide, ressentit en chemin quelques douleurs accompagnées d'engourdissement dans les membres. Au 3.e jour (19 mars 1824), son mal avait empiré, les trois grandes articulations des membres inférieurs étaient immobiles et douloureuses par la pression, celles des genoux présentaient un gonflement considérable et de la fluctuation dans leur intérieur ; l'articulation du poignet gauche était également gonflée et douloureuse ; le pouls fréquent et dur, la peau chaude, la langue humide. (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *véhic.* 24 *onces*, 6 *prises d'heure en heure*). Vomituritions, deux selles liquides abondantes. Sur le soir, le malade se disait soulagé. 2.e jour, métastase des douleurs qui abandonnent les genoux et se portent avec violence sur les articulations du coude et du poignet droits (*Tart. stib.*, 8 *gr.*, *véhic.* 30 *onces*, 8 *prises*). Aucune évacuation par haut ou par bas. 3.e jour, exaspération des symptômes, toutes les grandes articulations sont entreprises, toutes sont douloureuses par le toucher et le mouvement ; la plupart présentent du gonflement à leur pourtour. (*Tart.*

tib. 10 *gr.*, *véhic.* 40 *onces*, 8 *prises*). Une seule garde-robe liquide, point de vomissement. 4.e jour, aucun changement dans le siége et l'intensité des douleurs, la peau est en sueur, le pouls moins fréquent (*Tart. stib.* 12 *gr.* comme ci-dessus). Enfin, jusqu'au 10.e jour inclusivement, le tartre stibié est administré à la dose de 16 grains, le 5.e jour, et de 20 grains chacun des jours suivans; pendant tout ce temps on n'observe ni vomissemens ni évacuations alvines. La maladie n'éprouve aucun changement favorable, le pouls présente la même fréquence. Quatre saignées copieuses sont alors pratiquées, et à mesure que le sang, coule on voit, pour ainsi dire, la fièvre diminuer, les articulations se dégorger et récupérer la liberté de leurs mouvemens. Toutefois la convalescence n'était complète que vers le 2d du mois suivant, le malade n'éprouvait d'ailleurs aucun accident du côté des voies digestives.

Obs. XI.e — *Rhumatisme articulaire aigu arrivé au* 15.e *jour de sa durée et traité sans succès par l'émétique, à haute dose* (126 *gr. en* 6 *jours*). — Un maçon âgé de 40 ans, éprouvant depuis une quinzaine de jours, des douleurs mobiles qui se transportaient d'une articulation à l'autre, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 19 mars 1824. Les articulations fémoro-tibiales, tibio-tarsiennes et radio-carpiennes étaient légèrement engorgées, douloureuses au mouvement et à la pression, le pouls présentait de la dureté sans fréquence, la langue était molle, humide. (*Tart. stib.* 6 *gr. véhic.* 24 *onces*, 4 *prises de deux en deux heures*). Grand nombre d'évacuations alvines, mais point de vomissemens. 2.e jour, aucun changement notable (*Tart. tib.* 10 *gr.* comme ci-dessus). Vomissemens par trois fois différentes, treize selles liquides. Jusqu'au 6.e jour inclusivement les doses du tartre stibié sont portées de 16 à 24, 30 et 40 grains par jour; ce traite-

ment provoque chaque jour de nombreuses déjections jaunâtres sans le moindre soulagement. Le malade éprouve un dégoût insurmontable pour la boisson émétisée et n'est quitte de ses douleurs qu'un mois après ; aucun accident consécutif au traitement.

Obs. XII.[e] — *Rhumatisme aigu général, traité d'abord par de nombreuses émissions sanguines et plus tard par l'émétique à haute dose, sans aucun résultat avantageux* (24 *gr. en trois jours*). — Un maçon âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin, admis à l'Hôtel-Dieu le 8 novembre 1824, était atteint depuis le commencement du mois, d'un arthritis tellement générale qu'il ne pouvait remuer aucun de ses membres, chacune des grandes articulations était engorgée et douloureuse, la face était rouge, le pouls plein et fréquent, la langue humide, mais la pression à l'épigastre était supportée avec beaucoup de peine, ce qui empêcha de recourir de suite au traitement par l'émétique. Jusqu'au 20 du même mois, dix saignées sont pratiquées, toutes sont abondantes et recouvertes d'une couenne épaisse, les dernières fournissent un caillot nageant au milieu de beaucoup de sérosité ; trois fortes applications de sangsues sont faites autour des articulations les plus douloureuses. Ces déperditions sanguines diminuent la plénitude et la dureté du pouls sans lui faire perdre sa fréquence et ne produisent qu'un soulagement temporaire. Le 1.[er] décembre, les genoux, les poignets étaient encore le siége de douleurs très-fortes, l'épigastre n'était plus sensible à la pression comme dans le principe ; c'est alors que le tartre stibié est administré pendant trois jours consécutifs. Le premier jour (à la dose de 6 grains, dissous dans 24 onces de véhicule et partagés en quatre prises), le malade ne vomit point ; mais il éprouve des évacuations alvines tellement répétées, qu'elles se prolongent pendant vingt-

quatre heures et sont suivies d'une grande soif et d'un brisement général, qu'il exprime par le mot de *délabrement.* Le 2.e jour (à la dose de 8 grains) les évacuations alvines se bornent à six; enfin le 3.e jour (à la dose de 10 gr.) la répugnance pour la boisson émétisée est extrême, chaque prise est aussitôt suivie de vomissemens. Nullement soulagé par ce nouveau traitement, le malade a continué à souffrir pendant un mois encore, n'éprouvant cependant aucun accident consécutif qu'on pût attribuer à l'émétique.

Obs. XIII.e — *Rhumatisme articulaire aigu, traité d'abord par quelques émissions sanguines et consécutivement par l'émétique à haute dose sans aucun succès* (70 *gr. en huit jours*). Une femme âgée de 36 ans, éprouvait depuis quatre jours, des douleurs aiguës fixées dans les articulations des genoux, avec gonflement et fièvre; elle fut saignée immédiatement après son entrée à l'hôpital (7 février 1824). Les jours suivans, les douleurs se transportèrent sur les articulations des poignets, et produisirent un engorgement considérable sur la face dorsale des mains (80 *sangsues furent appliquées en deux fois différentes sur chacun des poignets*). Le 14.e jour de la maladie, et après un soulagement de courte durée, la violence des douleurs et l'engorgement croissant des articulations radio-carpiennes engagèrent à recourir à l'emploi du tartre stibié. Six grains de cette substance sont administrés en 6 prises, d'heure en heure, 24 onces de véhicule. Nausées continuelles, violentes secousses de vomissement, plusieurs garde-robes liquides. 2.e jour, aucun changement, fièvre très-forte (*Tart. stib.* 8 *gr. comme ci-dessus*). Deux selles liquides, point de vomissement. 3.e jour, sueurs abondantes, articulations moins douloureuses (*Tart. stib.* 10 *gr.*). 4.e, 5.e, 6.e et 7.e jour, la même quantité de tartre stibié est administrée sans aucun

soulagement; suspension du traitement. Le 8.e jour, les douleurs se propagent aux articulations des coudes et des épaules et tiennent les membres supérieurs dans une immobilité complète. Le 9.e jour, le tartre stibié est administré de nouveau, à la dose de 6 gr.; mais il n'est point supporté et détermine des vomissemens abondans. Enfin, cette malade a souffert jusqu'au commencement de mars, et n'a pu quitter l'hôpital que le 28 du même mois. A cette époque la langue était naturelle, les digestions s'exécutaient sans trouble.

Obs. XIV.e — *Rhumatisme d'une grande mobilité, traité sans beaucoup de succès par les émissions sanguines, plus tard par l'émétique à haute dose sans aucun résultat avantageux* (54 *gr. en cinq jours*). — Une cuisinière âgée de 25 ans, forte et colorée, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 10 novembre 1824, souffrant vivement depuis quelques jours dans les articulations des genoux et des poignets; ces parties étaient gonflées, raides et douloureuses au moindre mouvement; il existait de la fièvre; quatre saignées furent pratiquées à différentes reprises; la malade n'en retira qu'un faible soulagement. Le 23 novembre, des douleurs fortes se firent sentir vers les attaches inférieures des muscles droits de l'abdomen; une dysurie survint en même temps: cet état dura vingt-quatre heures, et céda à l'usage des demi-bains. Le 30, la malade était encore cruellement souffrante, les articulations étaient le siége de douleurs violentes redoublant pendant la nuit; toutefois ces douleurs n'étaient accompagnées ni de tuméfaction ni de chaleur contre-nature, le pouls avait peu de fréquence (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *véhic.* 24 *onces*, 6 *prises d'heure en heure*). Vomissemens après chaque prise; une selle en dévoiement. 2.e jour, la malade était un peu moins souffrante (*Tart. stib.* 8 *gr. comme ci-dessus*). 3.e, 4.e et 5.e jours, les doses de tartre

stibié portées à 10, 12 et 18 grains, produisent chaque jour des vomissemens et huit à dix garde-robes liquides. Les douleurs rhumatismales, loin de se calmer, s'exaspèrent de plus en plus, et ne cessent de tourmenter la malade que vers la fin du mois suivant.

— Les rhumatismes qui font le sujet des six observations précédentes se sont montrés réfractaires au traitement par l'émétique à haute dose; les douleurs articulaires, assoupies pour quelques instans, se sont ensuite reveillées avec une nouvelle intensité; les malades n'ont retiré de ce traitement que de la fatigue, du dégoût et quelques-uns ont été jettés dans un accablement extrême résultant des évacuations excessives produites par l'émétique (*Obs.* XII.ᵉ). On se tromperait beaucoup si l'on pensait que cette médication est moins débilitante que les émissions sanguines, et les praticiens qui redoutent la saignée dans le rhumatisme, parce qu'elle affaiblit l'énergie vitale et nuit à la résolution de l'inflammation, ne trouveront pas dans tous les cas, leur compte à substituer sous ce rapport l'émétique aux antiphlogistiques; mais n'anticipons pas sur des considérations qui trouveront mieux leur place dans un résumé général. Examinons à présent les effets de l'émétique dans les cas de rhumatisme aigu fixé sur un petit nombre d'articulations.

Obs. XV.ᵉ — *Rhumatisme aigu fixé sur l'articulation du genou droit, vainement combattu par l'émétique à haute dose, et attaqué avec succès par un grand nombre de sangsues (36 gr. en trois jours).* — Une jeune fille âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1824, au quatrième jour d'un rhumatisme aigu qui s'était emparé d'abord de l'articulation du genou droit, et s'était ensuite étendu à celle des coudes et des poignets en produisant du gonfle-

ment autour de ces parties. Les premiers jours deux saignées furent pratiquées et 40 sangsues appliquées autour du genou droit. Le 10 juillet, les douleurs se concentrèrent de plus en plus dans cette dernière articulation et abandonnèrent celles des coudes et du poignet. Deux vésicatoires furent alors appliqués sur chacun des côtés du genou ; mais ils ne firent qu'accroître les douleurs. Le 18, le tartre stibié fut administré (6 *gr.*, *véhicule* 4 *onces*, 4 *prises de deux en deux heures*). Vomissemens répétés après chaque prise, deux selles en dévoiement. 2.e jour, aucun changement (*Tart. stib.* 8 *gr. comme ci-dessus*). Vomissemens abondans, plusieurs selles liquides, précédées de coliques et de tortillemens d'entrailles. 3.e et 4e jours, le tartre stibié est porté à 10 puis à 12 gr.; mais chaque prise est suivie de vomissemens, de coliques et d'une angoisse extrême comme si la malade eût été menacée de suffocation; suspension du traitement. Les jours suivans, l'articulation du genou s'engorge de plus en plus et prend l'aspect d'une tumeur blanche, la jambe se fléchit angulairement sur la cuisse, le moindre mouvement provoque de la douleur. Dans cet état de choses, deux cent quatre-vingt-dix sangsues sont appliquées successivement autour du genou dans l'intervalle de six jours. Cette dernière tentative est couronnée du plus heureux succès; dans très-peu de temps l'articulation est revenue à son volume naturel; mais ce n'est qu'au bout de trois mois qu'elle avait recupéré le libre exercice de ses mouvemens.

Obs. XVI.e — *Rhumatisme aigu fixé sur les articulations des épaules et du poignet droit, inefficacité de l'émétique à haute dose* (122 *gr. en six jours*). — Un cocher âgé de 60 ans, sujet depuis long-temps à des douleurs rhumatismales vagues, fut saisi vers le commencement de mars 1825, de douleurs plus fortes qui se

repandirent dans la plupart des articulations. Admis à l'Hôtel-Dieu le 8 du même mois, il se plaignait en particulier d'une douleur forte fixée dans l'épaule droite, le poignet du même côté était engorgé et douloureux au mouvement, le pouls plein, dur, sans fréquence notable; la langue naturelle (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *véhic.* 24 *onces*, 4 *prises de deux en deux heures*). Vomissemens abondans, trois selles en dévoiement. 2.ᵉ jour, les douleurs étaient moindres, le pouls n'avait point changé de caractère (*Tart. stib.* 10 *gr. comme ci-dessus*). Aucune évacuation par haut ou par bas. 3.ᵉ jour, aucun changement (*Tart. stib.* 16 *gr.*). Vomissemens avec efforts violens, deux selles liquides. 4.ᵉ, 5.ᵉ et 6.ᵉ jours, le tartre stibié est porté à la dose de 24, 30 et 36 gr. par jour sans la moindre amélioration; d'abondantes déjections ont lieu chaque jour; le malade est tellement dégoûté de sa boisson qu'il se refuse à continuer le traitement, il n'éprouve du soulagement que par le laps du temps.

Obs. XVII.ᵉ — *Rhumatisme articulaire aigu fixé d'abord sur trois articulations, puis sur deux, et enfin sur une seule où il épuise toute son activité; inefficacité de l'émétique à haute dose* (56 *gr. en cinq jours*). — Une femme âgée de 32 ans, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 7 août 1827, au cinquième jour d'un rhumatisme aigu qui occupait les deux articulations tibio-tarsiennes et celles du poignet droit : le pouls était fréquent et dur. Deux saignées furent pratiquées et vingt sangsues appliquées autour de l'articulation tibio-tarsienne gauche qui était la plus douloureuse; cette dernière émission sanguine fut suivie du dégorgement complet de cette partie; mais les deux autres articulations devinrent de plus en plus douloureuses. C'est alors (17 août) que le tartre stibié fut administré (6 *gr.*, *véhic.* 4 *onces*, 4 *prises de deux en deux heures*). Vomissemens abondans, et plus tard vingt

évacuations alvines liquides coup sur coup, à la suite desquelles la malade éprouve une soif ardente. 2.e jour, pas le moindre changement dans l'état des articulations (*Tart. stib.* 8 *gr. comme ci-dessus*). Vomissemens et selles nombreuses. Au soir et après la prise de la potion, la malade éprouvait un grand appétit, et avait obtenu par ses importunités, un potage, deux œufs et du pain qu'elle mangea avec une grande avidité. 3.e jour, les articulations affectées présentaient un peu moins de gonflement; la langue était humide et plus pâle que les jours précédens (*Tart. stib.* 12 *gr.*). Vomissemens, quinze selles en dévoiement. Sur le soir, la malade prend des alimens comme la veille sans en ressentir la moindre incommodité. 4.e jour, insomnie, douleurs violentes dans l'articulation du poignet droit sur lequel toute l'affection rhumatismale semble refluer (*Tart. stib.* 18 *gr.*). Dès la première prise, violens efforts de vomissemens qui forcent à suspendre les autres prises. 5.e jour, la quantité de tartre stibié est réduite à 12 grains, une demi-once de de sirop diacode est ajoutée à la dissolution; mais elle provoque encore des vomissemens et des selles nombreuses; suspension du traitement. Les jours suivans, une centaine de sangsues appliquées autour du poignet, produisent un grand soulagement; plus tard, l'usage des bains suffit pour ramener cette articulation à son état naturel. Aucun accident consécutif

Obs. XVIII.e — *Douleur d'apparence rhumatismale fixée autour de l'épaule droite, sans gonflement et sans fièvre; émétique à haute dose, sans efficacité* (162 *gr. en douze jours*). — Un maçon âgé de 40 ans, d'un gros embonpoint, éprouvait, depuis deux mois environ, une douleur sourde fixée dans l'épaule droite, et s'irradiant par moment sur le côté droit du cou en suivant la direction de la portion supérieure du muscle trapèse; cette

douleur augmentait dans les mouvemens d'élévation du bras, et s'exaspérait principalement dans les changemens de température; le malade en rapportait l'origine à des *fraîcheurs* qu'il avait contractées en se couchant sur la terre; on n'observait, du reste, ni chaleur, ni tuméfaction locale, il n'existait point de fièvre. Des vésicatoires, des bains, des frictions stimulantes furent d'abord employés, mais sans aucun succès. Au bout de quinze jours, le malade continuant toujours à souffrir, le tartre stibié fut administré. (6 *gr.*, *véhic.* 24 *onces*, *six prises d'heure en heure.*) Vomissemens après la première et la troisième prises, six selles en dévoiement. Les six jours suivans, le même traitement est continué de telle sorte, que la quantité de tartre stibié est portée successivement à 8, 10, 16 et 20 grains les trois derniers jours; pendant tout ce temps, le malade n'éprouve aucune évacuation, il dit seulement ressentir un peu d'embarras dans le ventre après l'ingestion de la boisson émétisée; mais son appétit n'en souffre en aucune façon; il continue à manger la portion d'alimens qui lui avait été accordée le premier jour de son entrée à l'hôpital. Toutefois, la douleur de l'épaule n'ayant éprouvé aucun amendement, ce traitement est abandonné; mais quelques jours après, ce malade, toujours tourmenté par la même douleur, demande avec instance à revenir au même traitement, prétendant qu'il lui avait été salutaire; aucun symptôme ne contr'indiquant cette nouvelle tentative, six grains de tartre stibié furent administrés. (Vomissemens, six selles liquides.) Et pendant les quatre jours suivans la dose en fut portée à 8, 12, 16 et 20 grains avec la tolérance la plus complète, mais sans aucun changement dans la douleur. Au bout d'un mois ce malade a quitté l'Hôtel-Dieu pour se rendre à St.-Louis, où il a retiré quelque soulagement de l'usage des bains sulfureux. Aucun accident consécutif.

— Il est bien démontré, par les quatre dernières observations, que l'émétique à haute dose est impuissant contre cette forme du rhumatisme, dans laquelle l'inflammation se concentre sur un petit nombre d'articulations, au lieu de se répandre sur plusieurs d'entre elles en jouissant de sa mobilité accoutumée (1); mais du moins ce traitement n'a pas paru impressionner d'une manière fâcheuse les organes digestifs et les secousses violentes qu'il a provoqués en eux n'ont été que passagères. Voici quelques autres observations dans lesquelles cette innocuité est beaucoup moins apparente.

Obs. XIX.e — *Rhumatisme articulaire aigu, traité sans succès par l'émétique à haute dose; symptômes d'inflammation consécutive dans les voies digestives.* (62 *grains en huit jours*). Une jeune fille, âgée de 23 ans, éprouvait, depuis quatre jours, des douleurs aiguës dans les principales articulations, lorsqu'elle fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 7 février 1824. Une saignée avait été pratiquée en ville; et à son entrée à l'hôpital une nouvelle émission sanguine fut jugée nécessaire. Le lendemain, la malade

(1) Nous croyons avoir remarqué que le rhumatisme articulaire aigu est d'autant plus douloureux, plus tenace et plus inamovible, qu'il occupe un moins grand nombre d'articulations; on dirait que, dans cette maladie, les articulations sont solidaires entre elles; si l'une d'elles (lorsque le rhumatisme est bien établi) vient à se dégager, une autre est envahie au même degré; si les douleurs primitivement fixées sur plusieurs articulations viennent à confluer sur une seule, cette dernière partage la somme des souffrances des premières; si au contraire l'inflammation étant mono-articulaire se dissémine sur plusieurs points, c'est par une répartition de cette même inflammation sur chacun d'eux: ne serait-il pas rationnel, d'après cela, de chercher à rappeler par des irritans locaux momentanés, l'inflammation rhumatismale, en la divisant sur plusieurs articulations, lorsqu'elle conflue sur une seule et menace de la désorganiser, ce qui n'empêcherait pas de la combattre en même temps par un traitement approprié?

n'était point soulagée; son pouls était dur et fréquent; une troisième saignée fut pratiquée. Les jours suivans, les douleurs articulaires abandonnèrent les membres inférieurs et se transportèrent avec violence sur l'articulation du poignet droit. Quarante sangsues appliquées autour de cette articulation ne produisirent qu'un faible soulagement. Enfin, le 16 février, la malade était encore dans l'état suivant : engorgement considérable autour du poignet droit; douleur profonde sans tuméfaction au niveau du coude et de l'épaule du même côté; raideur plutôt que douleur dans les articulations des membres inférieurs; pouls d'une fréquence modérée; langue pâle, humide; ventre souple, indolent. (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *véhic.* 24 *onces*, *six prises d'heure en heure.*) Superpurgation sans vomissemens. Le 2.e jour, la malade se disait mieux. (*Tart. stib.* 6 *gr.*, *comme ci-dessus.*) Huit selles liquides précédées de vives coliques, point de vomissemens. Le 3.e jour, les douleurs étaient encore moindres que la veille. (*Tart. stib.* 8 *grains.*) Cinq évacuations alvines. Le 4.e jour, l'articulation du poignet droit était la seule douloureuse; la fièvre avait diminué. (*Tart. stib.* 10 *grains.*) A la cinquième prise, vomissemens violens, chaleur intérieure, agitation, plusieurs selles liquides. Le 5.e jour, les accidens de la veille forcent à suspendre le traitement; mais au 6.e, les douleurs avaient augmenté et s'étaient étendues de nouveau aux articulations des genoux. L'humidité de la langue et l'indolence du ventre engagent à revenir à l'emploi du tartre stibié à la dose de six grains. Quatre selles en dévoiement, point de vomissemens. Le 7.e jour, amendement dans l'état du poignet droit; mais les genoux sont entrepris au plus haut degré. (*Tart. stib.* 8 *grains.*) Treize selles liquides précédées de coliques tranchantes. Le 8.e jour, aucun changement. (*Tart. stib.* 8 *grains.*) Grande répugnance pour la boisson émétisée;

vomissemens et superpurgation; suspension du traitement. Au 10.e jour, augmentation des douleurs; gonflement considérable autour du poignet droit. Nouvelle administration du tartre stibié à la dose de 10 grains. Vomissemens; selles nombreuses; face triste et abattue; peau chaude; langue âpre au toucher, sèche et légèrement bordée en rouge; suspension définitive du traitement. Le 11.e jour, mouvement fébrile; douleur à l'épigastre augmentant par la pression; soif inusitée. (*12 sangsues à l'épigastre.*) Le 12.e jour, langue humide; épigastre moins douloureux; transport des douleurs articulaires sur les épaules, les coudes et les poignets. (*Saignée 2 palettes.*) Couenne épaisse à la surface du caillot; soulagement marqué; quelques selles en dévoiement. Les jours suivans, les douleurs rhumatismales disparaissent peu à peu; mais pendant tout le mois de mars, la malade éprouve des coliques et des tortillemens d'entrailles aboutissant à plusieurs selles liquides dans les vingt-quatre heures; plusieurs applications de sangsues sont faites, tant à l'anus qu'à l'épigastre; enfin, ces accidens paraissent se calmer, et la malade quitte l'hôpital, le 10 avril, dans un état encore douteux de guérison.

Obs. XX.e — *Rhumatisme articulaire aigu; administration de l'émétique à haute dose; d'abord apparence de succès, mais bientôt retour de la maladie; symptômes de pneumonie et d'irritation intestinale consécutives; convalescence douteuse* (*42 gr. en six jours.*)—Un commissionnaire, âgé de 32 ans, coloré, sanguin, avait éprouvé, il y a quatorze ans, un rhumatisme aigu qui s'était prolongé pendant deux mois; dix ans après, il avait été repris de même maladie, mais à un degré moins intense. Enfin, le 20 octobre 1827, s'étant beaucoup fatigué à scier du bois, il fut pris, sur le soir, de courbature suivie d'horripilation et d'une grande fièvre. Le 2.e jour, des douleurs aiguës

se firent sentir dans les genoux, et peu de temps après autour des malléoles : ces articulations s'engorgèrent, le malade fut obligé de garder le lit. Le 4.e jour, les douleurs s'emparèrent encore des deux poignets; sur le soir le malade fut reçu à l'Hôtel-Dieu, où on lui pratiqua une saignée de trois palettes. Le lendemain, les articulations des genoux et des coude-pieds étaient moins engorgées, mais celles des poignets présentaient un gonflement considérable qui s'étendait sur le dos des mains jusqu'à la racine des doigts, et empêchait tout mouvement dans ces parties; le pouls était large, dur, à 80 pulsations par minute, la langue sale et humide, l'appétit nul, le ventre indolent. (*Tart. stib.* 4 *gr.*, *véhic.* 4 *onces. addit. de demi-once, sirop diac.* 4 *prises de deux en deux heures.*) Après la première prise, sensation de plénitude et d'embarras dans le ventre; après la deuxième, nausées, envies continuelles de vomir, mais sans vomissement; après la troisième, vomissemens avec efforts violens d'un liquide jaunâtre mêlé de quelques stries de sang; enfin, après la quatrième, six selles liquides, abondantes, précédées de petites tranchées et suivies d'une grande soif. Le 2.e jour, soulagement manifeste, le pourtour des poignets était moins gonflé; le pouce, l'indicateur et le médius des deux mains pouvaient s'étendre et saisir un verre à boire, mouvement entièrement impossible la veille; le pouls était encore plein, dur, à 75 pulsations par minute; la langue était uniformément grise. (*Tart. stibié* 6 *gr.*, *véhic.* 4 *onces*, *sirop diac.*, *une demi-once.*) Quelques nausées sans vomissement; quatre selles liquides suivies, comme la veille, d'une grande soif. Le 3.e jour, le poignet droit était entièrement dégorgé, le gauche encore gonflé, raide et douloureux par le mouvement, le pouls toujours dur; la peau en moiteur. (*Tart. stib.* 8 *gr. comme ci-dessus.*) Embarras, malaise, sensation de plénitude

dans le ventre; trois selles liquides; point de vomissemens. Le 4.e jour, le gonflement des poignets avait disparu; les doigts avaient récupéré la liberté de leurs mouvemens, mais ils les exécutaient avec moins de force et de prestesse que dans l'état naturel; le pouls était calme. (*Tart. stib.* 10 *gr.*) Vomissemens fatigans; trois selles liquides. Le 5.e jour, changement défavorable; pouls à 85 pulsations par minute; peau chaude; retour des douleurs dans les articulations des poignets et des doigts, mais avec peu de gonflement. (*Tart. stib.* 8 *gr.*) Sentiment de plénitude dans le ventre; flatuosités, borborygmes pendant tout le temps qu'a duré la prise de l'émétique; sur le soir, une selle copieuse d'une matière liquide jaune, accompagnée de tranchées et de coliques. Le 6.e jour, aucun changement. (*Tart. stib.* 8 *gr.*) Après la prise de la potion émétisée, le malade est tombé dans un état extrêmement pénible; il éprouvait un brisement général, se sentait comme étourdi, et ne savait précisément où il souffrait; sa respiration était anxieuse; il avait eu deux garde-robes liquides. Le 7.e jour, les accidens de la veille avaient cessé peu-à-peu dans le courant de la nuit; le malade paraissait assez calme; mais, ayant ausculté la poitrine, nous avons trouvé en arrière et à gauche, dans la fosse sous-épineuse, un peu de matité avec broncophonie; le pouls était fréquent et redoublé. (*Suspension du tartre stibié; saignée, 2 palettes; tis. pect.; diete.*) Les jours suivans les douleurs articulaires se concentrent dans le poignet gauche, qui s'engorge comme au début de la maladie; la matité et la broncophonie persistent dans le côté gauche de la poitrine. Deux saignées sont encore pratiquées et diminuent ces derniers accidens; mais, pendant tout le mois de novembre, le malade est un sujet d'inquiétude; sa face devient bouffie, son ventre empâté et volumineux; sa langue se ramasse en pointe et

rougit sur ses bords; chaque soir il éprouve une exacerbation fébrile qui se prolonge bien avant dans la nuit; son sommeil est lourd, interrompu, son appétit languissant; toutefois, les évacuations alvines ne pêchent ni par leur quantité, ni par leur nature, et le ventre n'est point douloureux à la pression. Enfin, le malade quitte l'hôpital le 30 novembre : à cette époque, sa respiration était naturelle, ses digestions ne paraissaient point troublées; il n'éprouvait ni colique, ni dévoiement, mais son habitude extérieure annonçait une convalescence suspecte; sa face était pâle, jaunâtre, son ventre empâté. Nous n'avons pas eu occasion de le revoir.

—Les deux observations qu'on vient de lire ne se bornent pas seulement à constater l'insuffisance de l'émétique contre le rhumatisme, elles démontrent encore que l'action de ce médicament n'est pas toujours innocente dans ces circonstances. A ces observations concernant uniquement le rhumatisme, nous allons en joindre quelques autres dans lesquelles, des maladies graves ayant amené la mort des malades après l'emploi de l'émétique à haute dose, nous avons pu rechercher sur le cadavre les effets de cette substance.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Questions médico-légales relatives à l'alun calciné ; par M. Orfila.

Dans une affaire jugée le 24 janvier dernier par la Cour royale de Paris, plusieurs questions médico-légales ont été agitées. Deux de ces questions nous paraissent présenter assez d'intérêt pour en donner la solution à nos lecteurs. *Première question :* Jusqu'à quel point l'alun peut-il être introduit dans l'estomac de l'homme et des chiens, sans inconvénient ? *Deuxième question :* L'alun calciné

dissous dans l'eau reste-t-il à l'état d'alun calciné, ou bien se transforme-t-il en alun ordinaire ?

Première question. L'alun peut-il être introduit dans l'estomac de l'homme et des chiens sans inconvénient ?

Action de l'alun sur les chiens.

Expérience première. — A midi, on a fait avaler à un petit chien du poids de huit livres, âgé de deux mois, et à jeûn, *sept gros et demi* d'alun crystallisé réduit en poudre fine. Au bout de vingt-cinq minutes l'animal a vomi une assez grande quantité de matières filantes blanches, contenant de l'alun : trois-quarts d'heure après il a eu une selle solide. Au bout d'une heure il a mangé et n'a donné aucun signe d'incommodité. Le lendemain il était très-bien portant et dévorait les alimens qu'on lui donnait.

Le jour suivant à midi, il était encore à jeûn, lorsqu'on lui a fait prendre de nouveau sept gros du même alun : demi-heure après, il a vomi, à deux reprises, des matières semblables aux précédentes, et n'a pas paru plus incommodé que la veille. Le lendemain il était à merveille.

Expérience II.e — A midi, on a donné à un petit chien âgé de trois mois, du poids de dix livres, et à jeûn, *sept gros d'alun calciné* en poudre fine : demi-heure après, l'animal a vomi des matières filantes blanchâtres, contenant évidemment de l'alun ; il a eu une selle peu de temps après. Il a mangé vers la fin de la journée, ainsi que le lendemain, et il paraissait parfaitement rétabli.

Le jour suivant à midi, étant à jeûn, on lui a fait avaler cinq gros du même *alun calciné :* il a éprouvé les mêmes accidens que l'avant-veille, et n'a pas tardé à se rétablir.

Trois jours après, à midi, on a injecté dans son estomac, à l'aide d'une seringue et d'une sonde de gomme

élastique, *quatre gros et demi d'alun calciné* délayé et en partie dissous dans trois onces d'eau; il a vomi au bout de dix minutes : demi-heure après, il a eu deux selles solides à peu de distance l'une de l'autre, et n'a plus éprouvé d'incommodité.

Le lendemain, on a injecté dans son estomac *sept gros d'alun calciné* en partie dissous, en partie délayé dans quatre onces d'eau froide. L'animal, qui était à jeûn, a vomi au bout de six minutes une partie de la matière ingérée : huit minutes après, nouveau vomissement, et dans les dix minutes qui ont suivi, il a encore vomi deux fois. Le soir il était dans l'état naturel et mangeait avec appétit. Le lendemain il n'éprouvait aucune incommodité.

Expérience III.e — A l'aide d'une seringue et d'une sonde de gomme élastique, on a introduit dans l'estomac d'un chien beaucoup plus fort que les précédens, du poids de vingt-cinq livres, *deux onces d'alun calciné*, en partie délayé, en partie dissous dans quatre onces d'eau froide; dix minutes après, l'animal a vomi une quantité notable de matières alimentaires blanchies par de la poudre d'alun : ces vomissemens se sont renouvelés deux fois dans la demi-heure qui a suivi, et le chien n'a pas tardé à être parfaitement rétabli.

Expérience IV.e — A l'aide du même procédé, on a injecté à midi, deux onces d'alun calciné mêlé de trois onces d'eau, dans l'estomac d'un petit chien du poids de dix livres, âgé d'environ trois mois, et à jeûn. L'animal a vomi des matières filantes blanches, au bout d'un quart-d'heure : cinquante minutes après il a vomi cinq fois. A deux heures il paraissait très-bien portant. Les jours suivans il a mangé avec appétit et n'a donné aucun signe d'incommodité.

Ces expériences viennent à l'appui de ce que j'ai imprimé sur l'alun, dès l'année 1814 : « J'ai fait prendre,

disais-je, à un chien, six gros d'alun en poudre; une heure après l'animal a vomi sans effort, et il ne paraissait pas très-incommodé. Le lendemain il a mangé comme à l'ordinaire, et il s'est trouvé parfaitement rétabli. Cette expérience tend à faire croire que l'alun mêlé aux vins pourrait, dans certaines circonstances, occasioner des accidens. » (Note de la page 214 de la seconde partie du tome I.er de ma *Toxicologie générale*, 1.re édit., 1814.)

Désirant connaître les effets de l'alun sur des chiens que l'on empêcherait de vomir, j'ai tenté les expériences suivantes :

Expérience V.e — Le chien qui fait le sujet de l'expérience première, que nous avons dit être parfaitement rétabli, après avoir pris 14 gros et demi d'alun ordinaire, a avalé 6 *gros et demi d'alun calciné* en poudre; cinq minutes après on a lié l'œsophage. Au bout de quatre heures, on a détaché la ligature et on n'a pas remarqué que le chien fit des efforts pour vomir. Le lendemain il était faible et tourmenté par la soif. Il est mort trois jours après sans avoir présenté d'autre symptôme qu'un état de faiblesse et d'abattement qui ont été toujours croissant. A l'ouverture du cadavre on n'a rien découvert qui pût rendre raison de la mort.

Expérience VI.e — Le chien qui fait le sujet de l'expérience II.e, que nous avons dit être parfaitement rétabli après avoir avalé 23 *gros et demi d'alun calciné*, a pris deux onces *d'alun calciné* délayé et en partie dissous dans trois onces d'eau : on a lié l'œsophage aussitôt. Deux heures après, abattement marqué, grande difficulté de se tenir debout, peu de sensibilité, car on peut le pincer et le piquer sans qu'il fasse le moindre mouvement. Il est mort cinq heures après l'ingestion de l'alun.

Ouverture du cadavre. — L'estomac contient une assez grande quantité de liquide; sa surface interne est con-

verte dans presque toute son étendue d'une matière grisâtre mêlée de portions verdâtres et comme bilieuses. La membrane muqueuse est enflammée dans toute son étendue, surtout vers le grand cul-de-sac où elle est d'un brun foncé : vers le pylore il existe un peu de sang épanché, et la membrane muqueuse est d'un rouge assez foncé. Les parois de l'estomac sont extrêmement épaisses vers l'extrémité pylorique ; elles sont durcies, comme tannées, et résistent à l'instrument tranchant. Les parois de l'intestin grêle sont légèrement épaissies : cet intestin est tapissé intérieurement par une substance comme grenue, d'un blanc légèrement jaunâtre. Les gros intestins renferment des matières liquides, jaunâtres, fétides : du reste, il n'y a rien de remarquable dans cet intestin. Les autres organes ne sont le siège d'aucune altération appréciable.

Expérience VII.ᵉ — A huit heures du matin, on a détaché et percé d'un trou l'œsophage d'un chien robuste, du poids de vingt-cinq livres : on a introduit dans son estomac, à l'aide d'un entonnoir, *deux onces d'alun calciné*, en partie délayé, en partie dissous, dans quatre onces d'eau : l'œsophage a été lié. Quatorze heures après, le chien était mort après avoir éprouvé les mêmes symptômes que le précédent. Le canal digestif offrait des altérations analogues à celles dont nous venons de parler. (Voyez *Expérience* VI.ᵉ)

Expérience VIII.ᵉ — *Une once d'alun calciné* finement pulvérisé a été appliquée sur le tissu cellulaire de la cuisse d'un chien de moyenne taille ; les lambeaux de la peau ont été réunis à l'aide de quelques points de suture, ensorte que l'alun a dû rester appliqué sur la surface dénudée ; l'animal a succombé au bout de quinze jours à l'abondance de la suppuration.

Emploi de l'alun chez l'homme.

Les faits qui prouvent que l'alun peut être administré à l'homme, à forte dose et sans inconvénient, ne sont pas rares : je me bornerai à citer les suivans.

1.° Boerhaave en faisait prendre un gros à la fois dans les fièvres intermittentes. (*Hermanni Boerhaave libellus de materie medica*, pag. 53, dans le tome V des *Commentaires de Van-Swieten.*)

2.° Helvétius composa avec l'alun un remède qui est encore généralement employé de nos jours comme astringent, et qui est formé de deux onces *d'alun calciné* et d'une once de sang dragon. Ce médicament, connu sous les noms de *pilules d'alun d'Helvétius*, *d'alun teint de Mynsicht*, était souvent administré, à la dose d'un demi-gros, de quatre heures en quatre heures : dans un demi-gros, il entre vingt-quatre grains d'alun calciné.

3.° Le professeur Duméril emploie souvent, dans les diarrhées chroniques, une tisane composée *d'un gros d'alun* et de deux pots de véhicule, à prendre dans les vingt-quatre heures.

4.° Le docteur Marc fait journellement usage, dans certaines hémorrhagies *dites* passives, de *deux gros* d'alun dissous dans une livre de petit lait : les malades prennent cette boisson dans les vingt-quatre heures sans qu'il en résulte le moindre inconvénient.

5.° Le docteur Kapeler, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, emploie l'alun à forte dose dans le traitement de la colique des peintres, et, depuis treize ans qu'il traite à peu-près quinze à vingt individus par an, il n'a jamais eu à déplorer les suites de cette médication. Quelques malades ont pris jusqu'à *six gros d'alun* dans les vingt-quatre heures : la plus forte dose qui ait été administrée *à la fois* était de *trois gros* dissous dans six onces de vé-

hicule. Rarement il a déterminé des nausées ou des vomissemens; jamais d'épigastralgie; mais il a souvent produit plusieurs selles abondantes, ce que l'on cherchait à obtenir. Quelques malades se sont plaints de la saveur désagréable du médicament, mais ils ne savaient à quoi la comparer; d'autres ne ressentaient qu'une saveur douceâtre et légèrement astringente; mais jamais *aucun n'a accusé la sensation de brûlure*. Parmi les malades cités dans le mémoire de M. Montanceix, interne dans les salles de M. Kapeler, quelques-uns étaient d'une faible constitution, par exemple, Baudin, Félix et Mabille : ce dernier prit quinze gros d'alun en cinq jours, dont six gros en une seule journée, et lorsqu'il fut convalescent on lui donna encore trois gros du même sel pendant trois jours. (*Archives générales de Médecine*, novembre 1828, *et lettre inédite de M. Montanceix.*) (1).

6.° Le docteur Kapeler a également administré l'alun, à la dose de *trois gros à la fois*, sans inconvénient, dans cette affection épidémique qui a régné à Paris en 1828, et que Linnée avait désignée sous le nom de *raphania*.

Les faits qui précèdent nous permettent de conclure :

1.° Que les chiens, même les plus faibles et les plus petits, peuvent supporter de très-fortes doses d'alun calciné (deux onces par exemple) sans éprouver d'autres accidens que des vomissemens et des selles : en effet, ils sont parfaitement rétablis une ou deux heures après l'ingestion de l'alun.

2.° Que si, par suite de la ligature de l'œsophage ou par toute autre cause, cette forte dose d'alun calciné ou

(1) Le docteur Fournier-Deschamps s'est donc trompé, lorsque dans sa lettre du 14 février, insérée dans le *Courrier des Tribunaux*, il a dit que les individus auxquels le docteur Kapeler avait administré de si fortes doses d'alun, étaient *tous* d'une constitution robuste.

cristallisé n'est pas vomie, la mort arrive au bout de quelques heures, même chez les chiens robustes et d'une assez forte stature.

3.° Qu'appliqué à l'extérieur, sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse des chiens, l'alun calciné, à la dose d'une once, détermine une brûlure profonde qui donne lieu à une suppuration assez abondante pour tuer les animaux au bout de quinze à vingt jours.

4.° Que l'homme adulte peut avaler à la fois, et sans inconvénient, plusieurs gros d'alun calciné dissous dans l'eau.

5.° Qu'il n'est pas douteux, d'après ce que l'on observe chez les chiens, qu'un homme adulte qui avalerait une ou deux onces d'alun *calciné* dissous dans de l'eau, éprouverait des vomissemens et des selles, et n'en serait pas plus incommodé que ces animaux : au contraire, il est certain qu'à raison de sa plus grande stature et de sa plus grande force, il faudrait, pour déterminer chez lui des accidens aussi intenses que chez les chiens, une dose beaucoup plus forte d'alun.

6.° Que le docteur Fournier Deschamps a induit le tribunal en erreur en déclarant que l'alun calciné, à la dose de quelques grains, agissait à la manière des poisons assez énergiques.

Deuxième question. — L'alun calciné dissous dans l'eau reste-t-il à l'état d'alun calciné, ou bien se transforme-t-il en alun ordinaire?

J'ai déclaré devant la Cour que la portion de l'alun calciné qui se dissout dans l'eau n'est autre chose que de *l'alun ordinaire*, et que, par conséquent, la malade à qui on a fait prendre de l'alun calciné pour de la gomme n'a pris que de l'alun ordinaire, puisque cet alun calciné avait été *dissous dans l'eau.* Depuis, en attaquant ma déposition dans le Courrier des Tribunaux (N.° du 14 fé-

vrier 1828), le docteur Fournier Deschamps a établi que la dissolution que fournit l'alun calciné avec l'eau était *double* en force de celle d'une même dose d'alun ordinaire. Pour prouver combien cette assertion est erronée, et pour résoudre la question qui m'a été soumise, on n'a qu'à procéder à l'expérience suivante.

Dix-sept grammes et demi *d'alun cristallisé*, à base de potasse, ont été calcinés dans un creuset et à une douce chaleur; lorsque la matière ne se boursoufllait plus, et que l'alun pouvait être considéré comme de *l'alun calciné* des pharmacies (et non pas comme de l'alun calciné au summum), on s'est assuré qu'il n'y en avait que *dix grammes* : pendant la calcination il s'était dégagé un peu d'acide, puisque le papier de tournesol placé au milieu de la vapeur aqueuse était rougi : la perte, pendant la calcination, a donc été de sept grammes, 5 : d'où il suit que l'alun ainsi calciné retient un peu d'eau; en effet, on aurait dû obtenir sept grammes, 77 d'eau en supposant que toute l'eau eût été expulsée, qu'il ne se fût point dégagé d'acide, et que l'alun à base de potasse soit composé de :

Sulfate acide d'alumine et de potasse . . . 55, 56.
Eau de cristallisation . . . . 44, 44.

Action de l'eau sur dix grammes d'alun calciné. — Les dix grammes d'alun calciné dont je parle ayant été traités, pendant un quart d'heure, par cinq onces d'eau bouillante, ont fourni un *solutum* et deux grammes un décigramme d'une poudre blanche insoluble : celle-ci ayant été placée sur un filtre et parfaitement lavée avec de l'eau bouillante, les eaux de lavage ont été réunies au solutum et évaporées.

Poudre insoluble. — La portion d'alun calciné qui ne s'était pas dissoute dans l'eau pesait, après avoir été bien desséchée, 2 grammes 1 décigramme : cette poudre,

qui paraît être du sulfate neutre d'alumine et de potasse, ayant été dissoute dans de l'acide hydrochlorique étendu d'eau, a cédé à cet acide une portion d'alumine et de potasse, et s'est trouvée transformée en sulfate acide d'alumine et de potasse (alun ordinaire), que l'on a obtenu cristallisé.

Solutum. — La dissolution aqueuse des 7 grammes 9 décigrammes d'alun calciné était limpide, acide, astringente et styptique comme la dissolution d'alun ordinaire : évaporée jusqu'à pellicule et abandonnée à elle-même pendant deux jours à la température de 20 à 25° R, elle a complètement cristallisé en *octaèdres*, que l'analyse a démontré être de *l'alun ordinaire :* desséchés entre deux papiers brouillards, ces cristaux pesaient 14 grammes 22 centigr. D'où il suit que dix grammes d'alun calciné dissous dans l'eau fournissent une dissolution aqueuse, *qui n'est autre chose que de l'alun ordinaire*, comme je l'ai annoncé dans ma déposition, et que cette dissolution *n'a pas une force double* de celle d'une pareille dose d'alun calciné, comme l'a prétendu le docteur Fournier-Deschamps; puisque avec dix grammes d'alun calciné on n'a pu obtenir que 14 grammes 22 centigrammes d'alun *cristallisé*, ce qui n'augmente la force et la dissolution que d'environ *deux cinquièmes*.

De l'épidémie de fièvres intermittentes qui a régné dans l'arrondissement de Châteaubriant, département de la Loire-Inférieure; par le docteur E. Delourmel.

Depuis le commencement de l'été 1827, les fièvres intermittentes ont régné épidémiquement dans cette portion du département (Châteaubriant et les communes voisines) avec plus ou moins de violence. En effet, j'ai

remarqué qu'à deux ou trois époques différentes elles ont paru diminuer de nombre et de gravité. Il est peu de personnes, dans nos campagnes, qui n'en aient été atteintes une ou plusieurs fois; et j'ai rencontré plusieurs familles dont cinq et six individus en étaient affectés en même temps. Les habitans de la ville ont beaucoup moins ressenti les effets de l'épidémie, et c'est parmi ceux des faubourgs, dont les habitations et la manière de vivre se rapprochent beaucoup de celle des paysans, qu'on en a le plus rencontré. J'ai pu les observer sous tous les types. Cependant, il m'a semblé que le type quarte avait plus particulièrement sévi sur quelques contrées, sans que l'on puisse indiquer les causes de cette spécialité.

Les types quotidien et tierce ont cependant été les plus fréquens, et c'est seulement sous les deux derniers que j'ai rencontré les fièvres accompagnées des symptômes les plus graves, et seulement parmi elles que j'en ai trouvé de pernicieuses.

L'époque principale à laquelle les fièvres m'ont semblé diminuer sensiblement de nombre et de gravité, est février, mars et avril, et, lorsqu'à la fin de ce dernier mois elles ont recommencé à paraître en grand nombre, l'on peut dire qu'elles ont été alors bénignes. En effet, elles ont cédé souvent à un vomitif ou à un purgatif administré pendant l'intermission. C'est pendant l'été et le commencement de l'automne de 1828 que l'épidémie a atteint le plus haut degré d'intensité. C'est alors surtout que, dans les campagnes, des familles entières ont été affectées en même temps de cette maladie, et que je l'ai observée accompagnée des symptômes les plus graves, qui ont aussi paru varier à plusieurs époques. Par exemple, dans le mois d'août, beaucoup de malades éprouvèrent, pendant les accès, les symptômes d'un véritable choléra-morbus, qui cédait facilement aux opiacés et aux préparations de

quinquina. Les symptômes graves les plus ordinaires étaient : le délire, les convulsions, un coma profond pendant les deux derniers stades de la fièvre, des syncopes, des céphalalgies atroces, des vomissemens très-abondans revenant, le plus souvent, au commencement et quelquefois au milieu ou à la fin de chaque accès, des éruptions ortiées avec oppression et menace de suffocation, toujours de très-grandes douleurs dans la région lombaire de la colonne vertébrale : deux fois j'ai vu la fièvre accompagnée de vomissemens de sang abondans et de déjections alvines de même nature; une saignée de bras, des sinapismes aux extrémités inférieures et le quinquina en lavement réussirent dans ces deux cas. Deux fois je l'ai rencontrée simulant une pleurésie et une pleurodynie. Un malade m'a offert, à deux reprises différentes, pendant les accès d'une fièvre quotidienne, les symptômes suivans : matité avec douleur sourde au côté droit, augmentant pendant les inspirations, et expectoration de matières sanguinolentes, symptômes qui disparaissaient avec l'accès, excepté la matité, qui persistait, mais à un moindre degré.

Depuis le commencement de l'épidémie, presque tous les malades ont éprouvé la sensation d'une boule dans l'estomac; et au bout de deux, trois accès, et quelquefois même immédiatement après le premier accès, ils sont faibles, ont de la peine à marcher, perdent l'appétit, pâlissent et sont dans le même état que s'ils étaient convalescens d'une longue maladie.

Presque toujours j'ai trouvé la langue large, humide et nullement rouge; ce qui était pour moi un motif de sécurité quand j'étais appelé auprès de malades affectés de fièvres graves; et, dans nos campagnes, l'on n'appelle les médecins qu'à la dernière extrémité, et lorsque les parens sont effrayés par la gravité des symptômes. Ce-

pendant, cet état de la langue, au milieu des symptômes les plus alarmans, suffisait pour m'engager à rassurer les parens des malades sur le danger de l'affection, et pour reconnaître, malgré les renseignemens les plus inexacts et les plus incomplets, que j'avais affaire à une fièvre intermittente qui céderait presque certainement à un traitement convenable. A l'époque où l'épidémie sévissait avec le plus de force, dès que l'on vous parlait d'un malade éprouvant des vomissemens, de la céphalalgie et des douleurs dans les lombes, vous pouviez, sans autres renseignemens, affirmer qu'il était atteint d'une fièvre intermittente ordinairement quotidienne. J'ai rencontré quelques malades ayant la langue rouge, sèche, rugueuse, les dents fuligineuses, l'épigastre douloureux à la pression et dont l'estomac ne pouvait rien supporter pendant toute la durée des accès, qui ne laissaient entre eux que peu d'intervalle. Aussitôt que la rémission commençait à se manifester, le sulfate de quinine, administré à grandes doses, était bien supporté, l'accès suivant prévenu ou considérablement diminué, et la langue reprenait en même temps son état naturel. Un grand nombre éprouvaient des douleurs avec sensibilité à la pression dans l'un ou l'autre hypochondre, cependant plus fréquemment à gauche. Tous les malades n'ont point des accès complets, surtout maintenant que l'épidémie diminue (janvier 1829); quelques-uns n'éprouvent que l'une des trois périodes de cette affection. J'en ai vu quelques-uns n'éprouvant qu'une céphalalgie ou un lumbago périodique. Enfin, la constitution était tellement de nature intermittente, que pendant plusieurs mois il n'y avait, pour ainsi dire, pas d'autres maladies que des fièvres de cette nature; et si, par hasard, l'on en rencontrait quelques autres, presque toujours le génie de l'épidémie s'y faisait remarquer. Les maladies chroniques, existant long-temps avant, avaient été modifiées

par elle : choses bien propres à confirmer et à prouver la vérité des opinions d'un grand nombre de médecins sur l'existence des constitutions médicales.

Jusqu'à présent peu de personnes ont succombé sous l'influence de cette épidémie, grâce à la prompte administration des préparations de quinquina; mais les récidives ont été extrêmement nombreuses, pour ne pas dire générales, et l'on pourrait presque citer les personnes qui n'en ont été atteintes qu'une fois. La fièvre revient presque constamment au bout de huit, douze, quinze, vingt jours ou un mois, et j'ai remarqué que c'était toujours après le même nombre de jours qu'elle revenait chez ceux qui l'avaient eue plusieurs fois.

Plusieurs choses contribuent à la fréquence des récidives : 1.° La continuation de la constitution médicale; 2.° celle d'une atmosphère froide et humide, et pour les paysans les causes qui, dans d'autres temps, n'auraient pas la même influence; parmi ces causes, les principales sont : 1.° la position de toutes les habitations dans les endroits bas, humides, et par conséquent les plus insalubres, de leur exploitation; 2.° l'existence de ruées dans toutes les issues environnant la maison, ce qui favorise et entretient la stagnation d'eaux croupissantes et chargées de matières animales et végétales; 3.° celle de fumiers énormes de cinq et six pieds de haut, immédiatement au devant et à trois ou quatre pas de distance de la porte par laquelle ils entrent habituellement, porte qui est constamment ouverte pour éclairer l'intérieur des maisons qui, toutes ou presque toutes, n'ont pour ouverture que deux portes ordinairement placées l'une au nord et l'autre au midi; c'est cette dernière qui est constamment ouverte et devant laquelle est placée cette masse de fumier; 4.° l'obligation où sont les paysans de travailler constamment au dehors, et par conséquent d'être soumis

à l'influence du froid et de l'humidité; 5.° une alimentation grossière et indigeste employée à satisfaire une faim dévorante, succédant presque toujours à la cessation de la fièvre; 6.° enfin, l'abus qu'ils font des liqueurs spiritueuses, qui ont pour eux tant d'attraits, que beaucoup, qui voient la fièvre récidiver chaque fois qu'ils s'enivrent, préfèrent l'ivresse à la santé.

Le traitement n'a rien présenté de remarquable : le quinquina et le sulfate de quinine, administrés pendant l'intermittence, ont constamment réussi; seulement il a fallu le donner à des doses plus élevées. Ainsi, dans les fièvres simples, il ne fallait pas moins de 18 à 20 grains de sulfate de quinine pour prévenir un nouvel accès, et j'étais obligé de le continuer pendant plusieurs jours, mais à doses décroissantes. Dans les cas graves, le sulfate de quinine seul n'a pas toujours réussi; mais si l'on y joignait une décoction de quinquina, la fièvre cédait constamment. Voici la méthode que je suis : Dans les fièvres simples et non pernicieuses, je donne 15 grains de sulfate de quinine entre deux accès, par doses de trois grains, de deux heures en deux heures; dans les fièvres quartes, la veille du jour pyrétique; dans les tierces, le jour de l'intermission; et dans les quotidiennes, je rapproche plus ou moins les doses, selon la durée de l'apyrexie. Dans les cas de fièvres simples, mais dont les accès se succédaient à de courts intervalles, j'ai administré jusqu'à 8 et 12 grains de sulfate de quinine en une seule dose, et cela sans autres inconvéniens pour le malade qu'un peu de surdité et quelques bourdonnemens d'oreilles : presque toujours l'accès est supprimé. Je continue le sulfate de quinine pendant deux et trois jours, en diminuant successivement les doses ainsi qu'il suit : 6 grains, 4 grains et 2 grains. Si la fièvre résiste à la première dose, ou si elle présente quelque chose de perni-

cieux, j'augmente la dose, et, entre chacune (au milieu de l'intervalle qui les sépare), je fais prendre un verre de décoction de quinquina rouge. Ainsi administrée, la décoction de quinquina, unie au sulfate de quinine, m'a toujours réussi, même dans les cas les plus graves; tandis que le sulfate de quinine, seul et à très-grandes doses, a quelquefois manqué son effet : j'en rapporterai un exemple. Un de mes parens, qui avait des accès de fièvre quotidienne, pendant lesquels il éprouvait des syncopes chaque fois qu'il voulait faire quelques grands mouvemens, prit par mégarde, pendant l'intermission, qui était de peu de durée, 29 grains de sulfate de quinine : l'accès, loin d'être supprimé, dura trente-six heures. Je joignis alors la décoction de quinquina au sulfate de quinine, et il n'y eut point de nouvel accès. Je ferai observer à cette occasion que quelquefois, après l'administration du sulfate de quinine, l'accès suivant, loin d'être supprimé, est plus violent que de coutume; mais alors c'est presque toujours un signe qu'il sera le dernier, quoique le malade n'en reprenne pas d'autres doses pendant les deux derniers stades des fièvres non pernicieuses. Lorsque la céphalalgie était intense, la figure rouge, le pouls large et développé, la saignée du bras m'a paru constamment utile; la céphalalgie cédait presque subitement, et la durée de l'accès était sensiblement moins longue que de coutume. Dans des cas un peu moins graves, des sangsues derrière les oreilles produisaient le même effet. Dans les pernicieuses avec perte de connaissance, défaillances répétées, les saignées générales et les sangsues ont paru nuisibles, et plusieurs accidens ont suivi l'emploi de cette méthode.

Un moyen qui m'a presque constamment réussi à calmer la violence des accès, est l'hydro-cyanate de fer administré pendant l'accès même : par ce moyen beau-

coup de malades se sont trouvés soulagés, la violence de l'accès diminuée de moitié, et les accès suivans souvent prévenus.

Je finirai en faisant aussi observer que, malgré que quelques malades éprouvassent des vomissemens au commencement de l'accès et même pendant toute sa durée, que la langue fût sèche et rouge, que, pendant l'apyrexie, la soif fût vive, l'épigastre douloureux à la pression, le quinquina ou ses préparations, administrés pendant l'intermission, m'ont de prime abord également bien réussi, et n'ont point produit d'accidens.

Observation de rage communiquée; par M. Gaultier de Claubry, *D. M. P.*

Dans un moment où l'attention des médecins est de nouveau appelée sur la question de la rage communiquée, par l'intéressant travail de M. Mesnière (numéro de décembre 1828), le fait suivant pourra présenter quelque intérêt.

Vers le 28 mars 1811, un jeune soldat de la garde impériale, grand, mincé, d'une constitution lymphatique, d'un caractère doux, peu enclin au métier des armes, qu'il n'a embrassé que par force, est mordu, à Valladolid, par un chien supposé malade. Il reçoit à la partie inférieure de l'avant-bras gauche cinq blessures assez profondes, dont trois sur la face dorsale et deux sur la face palmaire de ce membre. Aucun pansement n'est fait; les plaies suppurent un peu; des bourgeons charnus se développent; on les réprime tardivement avec le nitrate d'argent fondu : il reste sur l'avant-bras des cicatrices violacées, légèrement proéminentes.

L'accident arrivé à notre jeune soldat devient pour lui une cause de séjour prolongé au dépôt, ce qui lui fait éviter des courses dans la campagne avec la compagnie dont il fait partie : mais ses camarades s'imaginent qu'il n'est qu'un poltron; ils l'appellent traînard, lâche, etc., ce qui le jette dans un état habituel de morosité.

Quatre-vingt-neuf jours s'étaient écoulés depuis que ce soldat avait été mordu par un chien; ses plaies étaient cicatrisées depuis long-temps, lorsque, le 25 juin, le régiment partit pour faire une course dans les plaines arides de Salamanque. La chaleur était excessive : un soleil ardent frappait à plomb sur la tête des troupes, qui souffraient beaucoup de la soif. Dès la première journée de marche, notre jeune homme se fatigue, il ralentit son pas; il reste à la queue de la troupe. Ses camarades l'attaquent par mille quolibets; ils lui reprochent sa mollesse; puis il l'appellent *reste de chien enragé;* et quand il veut rentrer dans les rangs de sa compagnie, les expressions *va-t'en*, *chien d'enragé*, *retire-toi*, *viens-tu pour nous mordre?* sont les complimens qu'on lui adresse. Le soir, en arrivant à l'étape, il éprouve un aussi mauvais accueil; il trouve à peine de quoi se nourrir à l'ordinaire commun; tout le monde le rebute. Les soupçons de lâcheté qui planent sur lui, ne lui méritent pas l'attention de ses chefs.

Au troisième jour de marche, le régiment arrive au terme de sa course. Le jeune conscrit y arrive aussi, haletant, épuisé de fatigue; il se jette sur de la paille dans une mauvaise grange; bientôt il y est pris de fièvre. Je suis appelé le soir même : voici dans quel état je le trouve :

Pouls souple, développé, plus accéléré que dans l'état normal, environ 120 pulsations; chaleur douce et halitueuse sur toute l'habitude du corps; sueur à la face et

sur la poitrine; visage légèrement vultueux et coloré; yeux animés, quoique exprimant l'anxiété, l'inquiétude; respiration courte, suspirieuse; forces musculaires nulles; le malade gissant sur la paille semblait pouvoir à peine se remuer. Ma première pensée est que ce jeune homme est courbaturé par suite d'un excès de fatigue, et n'éprouve qu'une indisposition éphémère.

Après quelques questions adressées au malade sur les circonstances récentes qui ont amené l'indisposition dont il est atteint, je prescris la diète, le repos, quelques boissons délayantes. A ce mot de boisson, d'imprudens témoins, de jeunes soldats assemblés autour de ce malheureux, s'écrient à-la-fois : *Il ne boira pas; vous ne savez donc pas qu'il est enragé?* Surpris de cette assertion, je prends des informations qui m'instruisent de tout ce que je viens de rapporter des circonstances de la blessure, du voyage, etc. Mais en entendant ces mêmes paroles, l'infortuné soldat éprouve un sentiment pénible de douleur concentrée, d'horreur mal dissimulée; un frisson général s'empare de lui; il balbutie quelques mots pour détourner de mon esprit l'opinion qu'il puisse être enragé. Je réprimande brusquement les inconséquens auteurs du propos ci-dessus rapporté; je m'approche du malade, je lui porte des paroles de consolation. Mais il est en proie à une horripilation générale; un spasme nerveux semble lui resserrer la gorge; ses yeux s'animent; sa voix est entre-coupée; son pouls acquiert une fréquence remarquable, en même temps qu'il devient petit et serré. Je veux le faire boire, je lui présente moi-même un verre de ferblanc peu brillant, il éprouve une vive émotion; il saisit le vase en tremblant, il le porte précipitamment à sa bouche, et lance en quelque sorte dans son gosier le liquide qui y est contenu..... Dès-lors tous les phénomènes de l'hydrophobie rabienne se manifestent. Ainsi,

spasme œsophagien; yeux inquiets, brillans, animés; respiration courte, anxieuse, suspirieuse ou plutôt singultueuse; sorte d'état continuel d'inquiétude (je crois que le malade avait peur qu'on ne l'attachât, que peut-être on attentât à ses jours; idées sinistres que l'intégrité conservée de ses facultés intellectuelles lui permettaient d'avoir, d'après les préjugés populaires, sur la conduite qu'on tient envers les hydrophobes rabiens); frissons vagues, puis horripilation prononcée; horreur à la vue de l'eau, bien qu'en fermant les yeux il puisse encore parvenir à boire précipitamment; à la vue des corps brillans, comme les boutons de métal doré de mon habit d'uniforme; à la vue d'une faible lumière qui éclairait la grange, et aussi par l'effet du mouvement communiqué à l'atmosphère ambiante. Après le frisson hydrophobique, le pouls se relève, devient plein, développé, assez résistant; la peau est humide, la face vultueuse, la respiration gênée, la tête lourde, les sens excités. Je me détermine à pratiquer une saignée du bras, d'environ douze onces. Le malade se soumet à l'opération sans répugnance; mais il faut lui bander les yeux, pour qu'il ne voie ni la lumière de la chandelle, ni l'éclat de mes boutons. Bien plus, le sang coulait par un jet rapide dans un plat de terre; le bruit qui en résulte rappelle au malade l'idée d'un jet d'eau; aussitôt une horreur invincible s'empare de lui; il ne peut se maintenir tranquille; il faut que j'éloigne promptement le vase, pour faire couler le sang sur la paille qui recouvre le sol et sert de lit au malheureux jeune homme; dès-lors le calme revient. Après la saignée, rémission dans les symptômes; mollesse du pouls; tendance à la sueur; urine claire rendue abondamment. Je profite de cette rémission pour faire boire au malade une infusion de fleurs de tilleul; ce qu'il parvient à faire en fermant les yeux, en saisissant le vase

avec précipitation, et jetant en quelque sorte dans sa bouche le liquide qui y est contenu... Bientôt retour du paroxysme fébrile, de l'hydrophobie, de l'anxiété; plusieurs heures se passent ainsi dans des alternatives de mieux être et d'exacerbation des symptômes hydrophobiques. Néanmoins le malade s'affaiblit graduellement; une sueur abondante, chaude d'abord, puis froide et visqueuse, couvre son corps; ses extrémités se refroidissent; un léger tremblement agite ses membres; ses sens deviennent obtus; une insomnie tranquille s'empare de lui, et il succombe, dix-huit heures après son arrivée à l'étape, quatrième jour du départ de Valladolid.

Dans tout le cours de sa courte maladie, ce malheureux jeune homme a bien éprouvé les phénomènes caractéristiques de l'hydrophobie, le spasme œsophagien, l'horreur de l'eau, de la lumière, des corps brillans, du bruit, etc.; il a eu, à un degré léger, une phlogose buccale et pharyngienne; à peine un léger crachottement; mais jamais il n'a manifesté l'envie de mordre. Cette idée même, qu'un imprudent a exprimée devant lui, a semblé lui faire de la peine; il s'est efforcé de m'assurer qu'il ne voulait pas mordre; il s'est prêté sans difficulté à ce que je lui fisse une saignée. Je répète que j'ai cru remarquer constamment en lui la peur qu'on attentât à sa liberté ou à ses jours.

Les circonstances où nous nous trouvions ne m'ont pas permis de faire des recherches nécroscopiques. On a fait inhumer le cadavre tout habillé, et on a jeté de la chaux vive dans la fosse où on l'avait couché; cette précaution, inutile en tous temps sans doute, l'était encore moins en Espagne, où la peur que l'hydrophobie inspire au peuple, aurait bien suffi seule pour empêcher que les paysans n'allassent déterrer le cadavre, afin de le déshabiller.

Trois mois se sont écoulés entre l'époque de la morsure et celle de l'accès si court d'hydrophobie, qui a terminé en dix-huit heures les jours du malade. Y a-t-il eu incubation de virus rabique pendant ce long espace de temps? Celui-ci aurait-il fait explosion, si le jeune soldat fût resté plus long-temps à Valladolid? La chaleur excessive de la saison, la fatigue, la soif, la faim, les impressions morales tristes, ont-elles eu une influence sur ce développement tardif de la rage? ou faut-il ne considérer que les chagrins prolongés, la mélancolie, les mauvais procédés, et surtout la chaleur du jour frappant à plomb sur le schako du jeune soldat, comme ayant déterminé seuls une irritation méningo-encéphalique? Il y a de quoi choisir pour les médecins de toutes les opinions. Sans prétendre résoudre cette question, j'observerai que ce serait une singulière coïncidence que cette incubation de trois mois, et du départ du 25 juin; que cette morsure par un animal supposé enragé et l'action du soleil; que notre malade a succombé avec tous les phénomènes qui caractérisent l'hydrophobie communiquée; que quinze cents soldats, parmi lesquels plusieurs n'étaient pas fort contens de faire campagne, ont, comme notre jeune homme, supporté la fatigue de la marche, la chaleur du jour, et qu'aucun n'est devenu hydrophobe.

De l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la péritonite; par Alf. Velpeau.

En publiant les premiers résultats de mes recherches sur l'emploi des frictions mercurielles (1), mon

(1) *Revue médicale*, janvier 1827.
Dans ce travail, j'ai mentionné huit cas de péritonite puerpérale, les seuls que j'y aie vus, traitée sans succès par les émissions san-

but principal était d'éveiller l'attention des praticiens sur ce sujet, et de les engager à répéter mes essais. Mais la médication mercurielle telle que je l'ai proposée, étant tout-à-fait empirique, et, en apparence, contraire à l'idée que beaucoup de personnes se font aujourd'hui de l'inflammation, je dus m'attendre à voir de nombreuses préventions s'élever contre elle. Toutefois j'ai lieu d'être étonné qu'un médecin soit allé jusqu'à la traiter d'absurde et de dangereuse, sans l'avoir examinée, et par cela seul qu'elle ne s'accorde pas avec ses idées théoriques ; à celui là je n'ai rien à répondre (1) : le temps seul peut l'éclairer, et l'obliger à changer de langage. D'autres ont pensé que j'avais été induit en erreur, qu'il n'y avait pas de péritonite, ou que la maladie était légère, eût guéri sans secours dans les cas où les frictions mercurielles ont semblé réussir le plus complètement. C'est une

guines, à la Maternité de Tours; trente autres, que j'ai suivis, jour par jour, à l'hôpital de la Faculté de Paris, et neuf dans ma pratique particulière ; j'ai rapporté ensuite sept observations détaillées relatives à l'emploi des frictions mercurielles ; sur ce nombre il en est trois de succès complet; une, où la malade est restée trois jours en pleine convalescence, n'est retombée qu'à la suite d'une indigestion grave, et semble être morte d'une pleurésie et d'une affection de l'estomac, bien plutôt que d'une péritonite ; deux où l'amélioration a été d'abord assez prononcée pour qu'on ait pu espérer de sauver les femmes, qui ont cependant fini par succomber ; la septième enfin a pour objet une malade chez laquelle les frictions ne furent commencées que quatre heures avant la mort. De ces faits, je concluais :

1.° Que la péritonite puerpérale, bien établie et abandonnée à elle-même, est à-peu-près constamment mortelle.

2.° Qu'il reste encore à prouver que dans cet état les émissions sanguines soient un remède capable à lui seul de guérir la maladie.

3.° Que les frictions mercurielles *sur le ventre*, et à doses rapprochées, promettent de grands succès et méritent de fixer l'attention des praticiens.

4.° Qu'il serait utile peut-être d'y joindre les bains, le calomel, et une température un peu élevée, etc.

(1) M. Boisseau, *Nosographie organique*, t. II, *Maladies du péritoine*.

objection qui n'a rien par elle même que de très-naturel, et qui ne peut manquer de se présenter à l'esprit de tout observateur judicieux, quand il s'agit d'une médication que l'expérience n'a pas encore suffisamment sanctionnée. Cependant qu'il me soit permis de rappeler à ce sujet, que j'ai pris toutes les précautions possibles pour éviter les méprises, et que ce n'est point au début des symptômes, ni tant que la nature de l'affection était encore douteuse, mais seulement à une époque très-avancée du mal, trop avancée même pour que tout autre traitement parût offrir quelque chance de succès, que les frictions ont été mises en usage. Un plus grand nombre ont objecté que toutes les malades dont j'ai parlé, ayant été soumises aux émissions sanguines, il n'est pas certain que la guérison ne doive pas leur être rapportée, plutôt qu'à l'action du mercure. Ce raisonnement peut être fondé, mais il me semble manquer d'exactitude : en effet, suivons ce qui s'est passé dans les cas les plus remarquables que j'ai relatés.

Obs. I.re — Travail de quinze heures, mais naturel; la fièvre de lait se prolonge au de-là de 36 heures. 8.e jour de la couche, sans cause appréciable, frisson violent; douleur vive à l'épigastre; fièvre (40 *sangsues*, *loco dolenti*). 9.e jour, douleur et fièvre moindres; diarrhée; peau souple et moite. 10.e jour au soir, réapparition des douleurs et de la fièvre. (30 *sangsues*). 11.e jour, la douleur, un peu moins poignante, est beaucoup plus étendue, occupe presque tout l'abdomen; faiblesse extrême; le soir, nouveaux frissons, fièvre très-forte, nausées; la douleur occupe toute le côté droit du ventre, la partie correspondante du thorax, s'étend jusqu'au cou, et rend la respiration courte et douloureuse; l'abattement ne semble plus permettre de renouveler les émissions sanguines. 12.e jour, au matin, tout l'abdomen est pris, tendu, ne peut supporter le poids des couvertures. On commence

les frictions. Le soir à 9 heures, après la troisième friction, la douleur est un peu moindre partout, si ce n'est vers l'épigastre où elle conserve toute son acuité; le pouls est déjà un peu plus souple et moins fréquent; à minuit le ventre est beaucoup moins douloureux et plus souple. 13.ᵉ jour, presque plus de douleur; apyrexie; goût cuivreux; la figure exprime la joie. 14.ᵉ jour, la convalescence est décidée (*en tout* 18 *gros d'onguent mercuriel.*)

Obs. II.ᵉ — Constitution délicate, nerveuse; travail lent, mais naturel. 5.ᵉ jour de la couche, la fièvre de lait continue; coliques; diarrhées. 6.ᵉ jour, face jaunâtre; pouls, dur, fréquent, peu développé; ventre chaud et douloureux, dans la région iliaque droite; (35 *sangsues loco dolenti*). 17.ᵉ jour, les douleurs ont envahi tout l'abdomen, quoique les sangsues aient abondamment coulé. Pouls petit, tremblottant, très-fréquent; nausées; vomissement; selles involontaires; sueurs poisseuses sur la figure; face grippée; faiblesse extrême (*frictions de deux gros toutes les deux heures*). 8.ᵉ jour, moins de dévoiement; sommeil; peau moite; ventre assoupli; moins douloureux; pouls encore à 90, mais souple. 9.ᵉ jour, pouls à 80; décubitus sur le côté; sueur; la peau reste chaude et sèche; l'abdomen cesse d'être douloureux, si ce n'est à la pression, dans la région utérine. 10.ᵉ jour, dans la soirée, nulle douleur; pouls naturel; face pâle, mais naturelle; appétit; la bouche est prise. 11.ᵉ jour, la convalescence paraît décidée.

Obs. III.ᵉ — Travail de dix heures; après la délivrance, frisson très-fort; un peu de fièvre; douleur légère dans tout le ventre. 2.ᵉ jour de la couche, abdomen très-sensible à la pression, surtout vers les aines; coliques; pouls dur, fréquent et plein; peau chaude et sèche; le soir, fièvre violente, et douleurs vives dans tout l'abdomen. Lochies supprimées depuis le matin (40

sangsues). 3.e jour, le ventre est un peu moins sensible à la pression, mais il se ballone, et la douleur est plus généralement répandue; à midi, tremblement violent; nausées; pouls petit, dur, très-fréquent; lipothymie; face pâle; douleurs excessivement vives; menaces de syncopes (*frictions toutes les deux heures*). Dès le soir, douleur un peu moins vive; les nausées continuent, la face reste grippée; dans la nuit un goût cuivreux se fait sentir. 5.e jour, trois heures de sommeil; sueurs abondantes. 6.e jour, appétit; le ventre n'est plus douloureux. 7.e jour, convelescence.

Obs. IVe— Le travail, extrêmement long, dure cinq jours, mais se termine néanmoins naturellement. 2.e jour de la couche, au matin, peau chaude, pouls fort et fréquent; fortes coliques (*cataplasmes*). Le soir, douleurs plus fortes; fièvre vive (*saignée de* 12 *onces*). A 9 heures, les douleurs sont continues, et s'étendent jusqu'au flanc droit : pas d'amélioration dans les autres symptômes (40 *sangsues*). 3.e jour, les douleurs occupent tout l'abdomen; nausées continuelles; air d'inquiétude; faiblesse extrême (30 *sangsues*). Le soir, vomissement; le ventre se météorise; pouls excessivement faible et petit. A 10 heures, frissons; nouveaux élancemens; ballonnement du ventre (*frictions ut suprà*). 4.e jour; décubitus latéral; position demi-fléchie; ventre souple, sensible seulement à la pression (*Une seule friction d'un gros dans le cours de la journée*). La bouche n'est pas affectée. Le soir, douleur dans les flancs; pouls petit; pâleur de la face; frissons violens, comme dans la première période d'un accès de fièvre intermittente. A huit heures, sueur générale; décubitus latéral impossible; abdomen douloureux partout (*une friction pour la nuit*). Le 4.e jour à sept heures, tremblement semblable à celui d'hier soir, tremblement qui s'est répété plusieurs fois dans la nuit, quoiqu'avec moins d'intensité; traits tiraillés;

quelques nausées ; ventre un peu moins sensible néanmoins. A huit heures, cet état est remplacé par de la moiteur (*bain*). Mieux jusqu'à midi ; ensuite les frissons raparaissent. A cinq heures, tremblement très-fort ; douleurs abdominales augmentées, léger délire. A six heures, sueur abondante. A sept heures, cris, agitation, ventre très-douloureux (*frictions de deux gros, trois fois dans la nuit*). Le 5.e jour, à sept heures, un peu de calme depuis trois heures du matin ; le pouls est meilleur ; les frissons n'ont pas reparu ; l'abdomen est souple, quoique douloureux encore ; diarrhée (*frictions d'un gros sur les cuisses, calomel, deux grains toutes les deux heures*). Assez bien toute la journée. Le soir, frissons, quelques nausées, un peu de délire ; le ventre est redevenu sensible. Dans la nuit, quatre frissons légers, deux vomissemens ; diarrhée abondante. Le 6.e jour, à huit heures, décubitus latéral ; position demi-fléchie ; abdomen souple, non sensible, même à une forte pression ; face pâle, mais naturelle ; langue nettoyée ; la bouche commence à se prendre, et la malade se sent comme brisée par tout le corps (*bain ; on suspend les mercuriaux*). Le soir, à cinq heures, le mieux paraît se soutenir.

Obs. V.e — Travail de quarante heures. 1.er jour de la couche, six heures du soir, douleurs vives à l'hypogastre et bientôt dans tout le ventre. A sept heures, *saignée de 15 onces*. A minuit, douleur plus forte (60 *sangsues*). Ventre déjà balloné ; nausées. 2e jour, huit heures du matin, les piqûres des sangsues coulent encore. Douleur très-vive ; face pâle, grippée, traits retirés en arrière ; respiration courte, entrecoupée ; pouls petit, irrégulier ; lochies suspendues ; le moindre mouvement, la moindre pression produisent des douleurs extrêmes. Météorisme considérable (*frictions*). Le soir, à cinq heures, douleurs un peu diminuées ; physionomie meilleure. 3.e jour, le ventre est plus souple, et commence à

supporter la pression. Le pouls, toujours fréquent, a repris de la force ; les nausées persistent. 4.e jour, plus de nausées ; l'amélioration est générale. 5.e jour, le mieux est très-prononcé. Le ventre n'est plus douloureux, même à la pression, et son volume a considérablement diminué ; la bouche n'est pas affectée ; le pouls est à-peu-près revenu à son état naturel.

Remarques.—Toutes les femmes dont j'ai parlé dans la *Revue*, ont été saignées, il est vrai ; mais les frictions ayant été suivies d'un mieux extrêmement tranché, même dans les cas les plus désespérés, n'est-il pas naturel de leur attribuer, au moins en grande partie, l'amélioration qui s'est manifestée immédiatement après leur emploi, amélioration qu'on a pu suivre en quelque sorte du doigt et de l'œil.

Quant aux trois malades qui ont fini par succomber ; l'une, femme extrêmement indocile, est restée 4 jours en pleine convalescence, n'est retombée qu'à la suite des plus graves imprudences, encore est-ce plutôt une pleurésie qu'une péritonite qui l'a conduite au tombeau. Chez les deux autres, tout porte à croire que la rechute est arrivée parce que dès que le mieux s'est prononcé on a cessé de pratiquer les frictions avec la même exactitude. Il est bon d'observer en outre que ces femmes ne m'ont guère été abandonnées qu'au moment où il n'y avait plus rien à attendre d'aucune médication ; de sorte qu'au milieu de conditions si défavorables il put me paraître extraordinaire d'obtenir les résultats sus-indiqués, surtout après avoir vu mourir toutes celles qu'on avait traitées d'une autre manière.

Au demeurant, la principale raison qu'on puisse opposer à ces faits, c'est qu'ils étaient en trop petit nombre pour entraîner une conviction générale. Qu'on me permette aujourd'hui de mentionner ceux que j'ai pu observer depuis,

VIe *Obs.* — *Jeune femme.* 23 *ans. Deuxième couche. sangsues; frictions; calomel; guérison.* — Madame G.*** ouvrière en lingo, bien constituée, sans être très-forte, enceinte pour la 2.e fois, vint au mois de mai 1828, faire ses couches chez Mme Aillot, sage-femme, cour St.-Guillaume. Après la délivrance, hémorrhagie grave que l'emploi des réfrigérans locaux et des sinapismes entre les épaules fait bientôt cesser. Aucun accident jusqu'au 8.e jour. Alors surviennent des frissons, de la douleur à l'hypogastre, de la fièvre, de la soif, de la chaleur et de la sécheresse à la peau; *cataplasme sur l'abdomen;* 9.e jour je suis appelé le soir à dix heures; douleurs vives dans la région utérine et les fosses iliaques; face légèrement tiraillée, fièvre. L'existence de la péritonite me paraît imminente, mais non encore certaine; 30 *sangsues sur les points douloureux.* 10.e jour; mieux sensible. Les douleurs ont en grande partie cessé; la fièvre est presque tombée, et la figure a repris son aspect naturel. 11.e jour, réapparition des symptômes; frissons; douleurs vers les flancs. La sage-femme applique 15 *nouvelles sangsues* dont les piqûres coulent toute la nuit. 12.e jour; tout est empiré. On me prévient le soir à 10 heures: nausées; fréquence du pouls; douleurs violentes dans tout le ventre et plus encore vers l'hypocondre et le flanc droit; la moindre pression fait jeter les hauts cris; décubitus dorsal; pouls à 120, dur, petit; peau brûlante et sèche; traits décomposés, face grippée; *frictions de* 2 *gros* toutes les 3 heures, 2 *grains de calomel* de deux heures en deux heures, à prendre par cuillerée dans les 24 heures : *eau de tilleul* 4 *onces; fleurs d'oranger un gros; sirop de pavots blancs* 1 *once.* 13.e jour au matin, léger amendement; la douleur du flanc n'est pas plus vive que dans le reste du ventre; mais la plus légère pression ne peut encore être supportée nulle part; la face reste grippée. Le soir, amélioration générale

très-marquée; abdomen beaucoup moins douloureux; les traits s'épanouissent; le pouls est à 100, la peau toujours sèche mais moins chaude; cependant la malade se plaint d'élancemens qui partent de la région hépatique et vont se rendre dans l'épaule droite. La pression du ventre, surtout dans la région utérine est toujours très-douloureuse. 14.ᵉ jour. La douleur de l'épaule est dissipée; le ventre souple, encore sensible à la pression, n'est réellement plus douloureux que vers l'hypogastre; la fièvre est beaucoup moindre. (*Bain d'une demi heure*). On nettoie le ventre au préalable, avec *un peu d'huile, puis d'eau savonneuse.* Le soir, le mieux fait des progrès; un goût cuivreux commence à se manifester. 15.ᵉ jour, amendement de plus en plus prononcé; bain *d'une heure; on cesse le calomel;* les frictions ne sont plus que d'un gros; le soir la bouche est tout-à-fait prise; je fais suspendre les frictions. 16.ᵉ jour, il ne reste plus qu'un peu de sensibilité dans le bas ventre; l'appétit se fait ressentir. (*Bain; la potion est supprimée*). 17.ᵉ jour, convalescence décidée; parotides et gencives très-douloureuses. Salivation abondante; (*gargarisme émollient; bain, bouillon, léger potage*).

A partir de ce moment la bouche a seule exigé quelque soin : au bout de 8 jours le ptyalisme persistant, j'ai prescrit des *gargarismes avec le vin rouge, puis avec la décoction de feuilles de ronces*; et la santé générale s'est promptement rétablie.

VII.ᵉ *Obs.* — 25 ans, 3.ᵉ couche. (*Péritonite intense, déclarée pendant le travail; saignée de 3 onces. Le 2.ᵉ jour 20 sangsues; frictions; calomel; bains; guérison sans ptyalisme*). — M.ᵐᵉ Meylard, âgée de 25 ans, mariée, pauvre, bien constituée, enceinte pour la troisième fois, est prise des douleurs de l'enfantement, le 9 mai 1828 à 10 heures du soir; le 11, M.ᵐᵉ Malleville, sage-femme,

instruite et prudente, est appelée dès le matin. La dilatation du col est déja fort avancée; pendant le travail frissons, fièvre, diarrhée, ventre extrêmement sensible à la pression, même dans l'intervalle des contractions utérines qui ne se succèdent qu'avec lenteur. L'accouchement se termine néanmoins sans secours vers les 4 heures du soir. Bientôt après, l'abdomen se météorise, et tous les symptômes d'une violente péritonite se manifestent: nausées; vomissemens même; la peau est sèche et brûlante. Un chirurgien du voisinage se contente de prescrire des *fomentations et des boissons émollientes.* 2.e jour au matin, tous les accidens s'étant aggravés; le même médecin essaie de pratiquer une *saignée;* mais ne parvient à tirer que *deux ou trois onces de sang*, et prescrit des *cataplasmes sur l'abdomen.* Appelé le soir, à 6 heures, je trouve la malade dans l'état suivant: décubitus dorsal, ventre tendu, balloné, offrant un volume considérable, douloureux dans toute son étendue, au point de ne pouvoir pas supporter la moindre pression, et plus encore dans le flanc gauche que partout ailleurs; respiration entrecoupée, courte et très-pénible; nausées continuelles; face grippée; langue blanche; bouche pâteuse; pouls dur, fréquent et petit; peau sèche et brûlante. (20 *sangsues à l'endroit le plus douloureux du flanc gauche; frictions de deux gros; deux grains de calomel toutes les 3 heures. Potion ut suprà*). 3.e jour au matin, respiration beaucoup plus libre; pouls moins fréquent et plus souple; ventre moins douloureux, mais encore balloné; 2 vomissemens pendant la nuit; bain de trois quarts d'heure. A la sortie du bain, la malade s'endort, et reste trois heures sans se réveiller, ce qui fait qu'on reste 7 heures sans donner de calomel, et sans faire de frictions. Le soir, à 6 heures, les nausées reparaissent, et l'hypogastre redevient douloureux; réaction évidente; délire; on recommence aussitôt les frictions et l'emploi

du calomel. A 9 heures je constate cette récrudescence; cependant le ventre me paraît un peu moins tendu et moins sensible que la veille; le délire a cessé et les douleurs semblent un peu moins vives que quelques heures auparavant; le 4.ᵉ jour au matin, la peau est chaude quoique souple; le pouls reste petit et irrégulier; de la sueur se remarque à la figure, aux bras et à la poitrine. La face reste grippée; quelques nausées; les traits sont encore tiraillés, et l'ensemble de la physionomie peu rassurant. Les prescriptions médicales sont exécutées avec une rare exactitude. 5.ᵉ jour, 7 heures du matin, mieux très-prononcé; il reste à peine de la fièvre. La peau est moite et douce au toucher; le pouls s'est relevé et ne bat plus que 110 fois. Le ventre conserve encore beaucoup de volume; mais il est souple et supporte facilement la pression. La face surtout est beaucoup meilleure. Diarrhée. (*Calomel toutes les trois heures seulement; frictions comme la veille; bain d'une heure.*) Le soir, à sept heures, il y a eu de la sueur, des selles abondantes; la peau est fraîche; la figure bonne; le pouls bat encore 100 fois, mais il est souple et régulier. Décubitus latéral; position demi-fléchie; le ventre s'affaisse, et n'est plus sensible qu'au niveau de la fosse iliaque gauche et de l'utérus; dans la nuit, les seins commencent à se gonfler. 6.ᵉ jour, le ventre n'est plus que très-peu douloureux, même à la pression. La diarrhée continue; on suspend le calomel. (*Frictions d'un gros toutes les trois heures; lavement d'amidon; eau de riz gommée, et infusion de violette alternativement.*) Le soir, la fièvre de lait est dans toute sa force; les seins sont gonflés, douloureux; un peu de trouble dans les idées; ventre de plus en plus souple; la bouche reste intacte. 7.ᵉ jour, plus de fièvre; diarrhée moindre; nulle douleur au ventre; les seins sont fermes et sensibles. L'appétit se prononce. 8.ᵉ jour, la malade entre franchement en convalescence.

Réflexions. — La péritonite pendant le travail est loin d'être rare ; j'en possède plusieurs autres exemples fort remarquables ; mais ce n'est pas la question qui doit m'occuper ici. Je ferai seulement observer par anticipation qu'alors la maladie est ordinairement beaucoup plus grave ; aussi a-t-elle d'abord marché chez cette femme avec une rapidité vraiment effrayante. Cependant, aussitôt que la médication a été commencée, les symptômes se sont amendés, et dès le 5.e jour la guérison était presque complète. Peut-être objectera-t-on que les sangsues ayant été employées en même temps que les frictions, on ne peut savoir si c'est plutôt à l'un qu'à l'autre de ces deux moyens qu'il faut rapporter le succès ; en tous cas, il me semble difficile de croire, après ce que j'ai vu dans une infinité de cas moins graves, que l'application de 15 sangsues eût suffi à elle seule pour faire disparaître une péritonite aussi générale, aussi intense et aussi avancée.

Obs. VIII.e — *Métro-péritonite ; 13.e jour de la couche ; 15 sangsues ; péritonite générale ; frictions ; guérison.* — M.me Maubert, âgée de 28 ans, délicate, mère de quatre enfans, en était au 12.e jour de sa dernière couche ; la délivrance avait offert quelques difficultés, et nécessité l'introduction de la main pour extraire le placenta. Il était resté de la fièvre jusqu'au 8.e jour, lorsqu'au commencement de mars 1828, après être restée, avoir marché pendant deux heures dans son jardin, elle fut prise de frissons, suivis de fièvre et de douleurs dans l'hypogastre et l'excavation pelvienne. La sage-femme, M.me Carmele, prescrivit le repos et un cataplasme émollient sur le bas-ventre. Appelé le 2.e jour de cette récrudescence, je trouvai la malade dans l'état suivant : Face pâle, grippée ; langue blanche et large ; bouche pâteuse ; décubitus dorsal ; pouls petit, très-fréquent ; peau sèche et chaude ; ventre souple, non tendu, mais assez douloureux dans la région utérine, où la moin-

dre pression est insupportable pour arracher de temps en temps des cris à M.me M. Cependant les lochies continuent de couler : j'ai un instant l'idée de prescrire immédiatement les frictions; mais la péritonite n'étant pas encore assez clairement déclarée, je me borne à l'application de 15 sangsues *loco-dolenti;* leur piqûre coule toute la nuit. Le 3.e jour, à onze heures du matin, péritonite générale; douleur, qui partait toujours de l'hypogastre, beaucoup plus vive que la veille; les couvertures peuvent à peine être supportées; le ventre a perdu sa souplesse, se tend et se ballonne; nausées, vomissemens; le pouls, considérablement affaibli, bat 125 fois; la face est fortement grippée; la peau est sèche et brûlante. (*Frictions de deux gros toutes les deux heures; potions calmantes.*) Le seul mot de *frictions* épouvante la malade; on les commence néanmoins en ma présence. La première est supportée avec quelque impatience; mais la seconde produit infiniment moins d'appréhension et n'augmente pas la douleur. Le 4.e jour, mieux; ventre sensiblement moins tendu et moins douloureux; la figure commence à s'épanouir; les yeux et l'ensemble de la physionomie sont évidemment meilleurs; toutefois les nausées et la fièvre persistent presqu'au même degré; le pouls conserve sa fréquence, et la peau reste sèche. (*Bain, qui ne peut être supporté à cause de la faiblesse extrême et des menaces de syncope; on cesse la potion.*) Le 5.e jour un peu de délire et d'agitation pendant la nuit; faiblesse toujours très-grande; pouls à 115; plus de tension ni de ballonnement au ventre; l'hypogastre seul reste douloureux; on peut comprimer assez fort les autres points. (*Bain de trois quarts d'heure; frictions réduites à un gros.*) Le 6.e jour, la bouche est prise; mieux général très prononcé; 90 pulsations; peau moite; traits tout-à-fait épanouis; un point douloureux persiste

cependant vers le fond de la matrice, et la prostration ne diminue pas en raison des autres symptômes; l'appétit ne s'annonce pas; mais il n'y a plus de soif. (*On supprime les frictions.*) Le 7.ᵉ jour, la convalescence paraît se manifester; mais elle est lente, incertaine; la salivation dure long-temps et résiste aux gargarismes émolliens, astringens, végétaux et minéraux. La pression produit toujours un peu de douleur vers le côté gauche du détroit supérieur; et chaque soir, à partir du 9.ᵉ jour, il survient un mouvement fébrile. (*Deux onces d'huile de ricin données le 12.ᵉ jour semblent débarrasser les voies digestives, et faire naître l'appétit.*) Depuis plusieurs jours, M.ᵐᵉ Maubert se lève et peut se tenir deux ou trois heures dans un fauteuil. Le 18.ᵉ jour, des élancemens renaissent profondément dans la fosse iliaque gauche, où l'on sent une tumeur à travers la paroi abdominale. (*8 sangsues sont appliquées sur ce point.*) Les 19.ᵉ, 20.ᵉ et 21.ᵉ jour, même état; un peu de fièvre. Le 22.ᵉ jour, une rupture semble se faire dans les organes sexuels; une grande quantité de matière grisâtre, extrêmement fétide, s'échappe du vagin, et amène beaucoup de soulagement. Le toucher fait reconnaître une perforation dans le haut de la paroi postérieure du canal vulvo-utérin, et la présence d'une tumeur fort dure en arrière de la moitié gauche et supérieure de l'excavation. Des injections vaginales détersives ont été faites; des bains de siége ont été donnés chaque soir; dès ce moment les fonctions ont graduellement repris leur type naturel, et la santé a fini par se rétablir complètement.

Obs. IX.ᵉ — *Péritonite puerpérale; 8.ᵉ jour de la couche; 12 sangsues; augmentation des symptômes; 24 gros d'onguent mercuriel; guérison.* — La femme Thomas, paysanne, accouche spontanément au mois de septembre 1828. La révolution laiteuse n'offre rien de

particulier; les lochies coulent bien. Le 8.e jour, au matin, frisson; fièvre; suppression des lochies; affaissement des seins; bouche amère, pâteuse; ventre douloureux dans une grande partie de son étendue, mais plus encore vers le flanc gauche. Les assistans disent que la douleur a commencé la veille par la région hypogastrique. La respiration est courte, douloureuse, surtout pendant l'inspiration. La figure, grippée, exprime de vives souffrances; on ne peut se procurer que 12 *sangsues qui sont appliquées* sur le point le plus douloureux, c'est-à-dire à gauche. (*Large cataplasme sur tout l'abdomen; décoction d'orge avec sirop de gomme.*) Le 9.e jour, tous les accidens sont aggravés; le ventre, excessivement douloureux, ne peut supporter aucune pression; nausées; hocquets; diarrhée; pouls petit et très-fréquent. (*Bain tiède; frictions de deux gros toutes les deux heures sur l'abdomen.*) Dès la 5.e friction, mieux sensible. Le 10.e jour, *un bain* pour débarrasser la peau de la couche de pommade qui lui est adhérente; le ventre est moins dur, et les douleurs considérablement diminuées. Le 11.e jour, 12 *frictions ont été faites*, sans qu'il soit survenu du côté de la bouche autre chose qu'un léger goût cuivreux, mais la fièvre est tombée, la langue se nettoie, et la soif disparaît. Le 12.e jour, l'appétit se fait sentir, et la malade entre en convalescence. (Observation communiquée par M. Nivert, praticien distingué d'Azai-le-Rideau, en Touraine.)

Obs. XII.e — *Péritonite puerpérale; troisième couche; 29 ans; 25 sangsues; frictions; calomel; potions calmantes; guérison.* — M.me Leboucq, rue des Fossés S.t-Germain l'Auxerrois, grande, mince, assez délicate, sans être très-nerveuse, accoucha naturellement le 19 septembre 1828. Les 8 premiers jours, rien de particulier; la révolution laiteuse s'est bien opérée. Le 9.e, frisson violent; douleur de tête; fièvre; douleur à l'hypogastre; suppres-

sion des lochies. (*Bain de siége, catapl.*) Le 10.e jour, les accidens continuent. (25 *sangs, sur le ventre.*) Le 11.e jour, à midi, je vois la malade pour la première fois, et j'apprends de M.me Aillot, sage-femme, ce que je viens de relater. Face pâle et grippée; pouls fréquent, petit, dépressible; peau sèche et brûlante; langue couverte d'une couche épaisse et blanchâtre; abdomen à peine ballonné, mais très-douloureux par tout, et plus encore dans le flanc droit et la fosse iliaque gauche; décubitus dorsal; nausées; fréquentes envies de vomir; soif très-grande. (*Frictions de 2 gros; 2 grains de calomel toutes les deux heures; potion calmante.*) Dès le soir, amélioration. Le 11.e jour, les traits sont épanouis, les nausées ont cessé, la douleur est moitié moindre. Le pouls, qui était à 125 pulsations, ne bat plus que 100 fois par min.; une légère pression peut être supportée partout le ventre. (*Un bain.*) Le 12.e jour, plus de douleur, plus de fièvre; l'hypogastre, à travers lequel on sent distinctement le fond de la matrice, conserve encore un peu de sensibilité; la bouche est prise. (*On a cessé les frictions dans la nuit.*) Un peu de diarrhée. (*Un bain. Je fais suspendre tout médicament.*) Le 13.e jour, appétit; convalescence décidée; la salivation dure quinze jours, et semble être abrégée, à la fin, par les gargarismes de vin rouge; la santé se rétablit promptement.

Je pourrais rappeler ici une observation de péritonite puerpérale traitée par les frictions, avec succès, et publiée dans le *North Amer. Journal of rev., aug.* 1828; en relater deux autres recueillies à l'hôpital de Perfectionnement, et consignées, l'une dans les *Archives*, octobre 1825, l'autre dans le Numéro 52, tome I.er, de la *Lancette française.* Mais comme elles ne sont pas très-concluantes j'aime mieux me borner à cette simple citation pour ce qui les concerne; il en est de même de trois ou quatre

cas où les frictions, sans les émissions sanguines, ont été suivies d'un succès complet, et recueillis à la Maternité de Paris, par M. Monod, interne de cette maison.

Ce n'est pas seulement dans la péritonite puerpérale, mais bien aussi dans plusieurs autres phlegmasies aiguës et chroniques de la membrane séreuse abdominale, que les frictions mercurielles semblent constituer une ressource véritablement héroïque.

Obs. XIII.ᵉ — M.ᵐᵉ Ig....., âgée de 31 ans, assez robuste, d'une très-grande susceptibilité nerveuse, avait toujours été régulièrement menstruée, lorsque au mois d'août 1826, peu de temps après la mort de son fils unique, elle fut subitement atteinte d'aménorrhée; une céphalalgie continuelle qui existait depuis plusieurs années, et contre laquelle on avait inutilement tenté toutes sortes de moyens, s'accrut dès-lors considérablement; la malade fut envoyée aux eaux de Bourbonne; ce voyage réussit à calmer les douleurs de tête et à rappeler les règles. M.ᵐᵉ Ig..... revint à Paris au mois de novembre, mais le mieux dont elle jouissait ne fut pas de longue durée. Le 15 décembre, violentes coliques; bientôt après, l'émission des urines ne put se faire qu'avec douleur et difficulté; au bout de quelques jours ces accidens se dissipèrent; mais le 3 février 1827 ils revinrent tout-à-coup, et sans cause appréciable, avec plus d'intensité que jamais. M. Cottereau, agrégé à la Faculté de Médecine, est appelé à cinq heures du soir, et remarque les symptômes suivans : pouls petit et concentré; coliques; l'abdomen peut être pressé sur tous ses points sans qu'il en résulte de douleurs; expression d'une vive souffrance dans tous les traits; langue humide, blanche et large; pas de selles depuis deux jours. (*Cataplasmes; lavemens émolliens; tisane de guimauve; julep tempérant; bain.*) Dans la nuit, tous les symptômes s'aggravent; le 4, à quatre

heures du matin, 30 *sangsues* sur le ventre, qui est devenu sensible à la plus légère pression; à midi, M. Rullier et moi, nous sommes appelés en consultation; tous les accidens sus-indiqués persistent; le ventre se ballone; on vide la vessie à l'aide du catéthérisme. (40 *sangsues loco dolenti; lotions émollientes; demi lavement; bain.*) Le 5, l'état de la malade est encore beaucoup plus alarmant; quoique les urines coulent naturellement, l'abdomen a considérablement augmenté de volume; la figure commence à se gripper. (40 *sangsues.*) Le 6 au matin, ventre excessivement douloureux; nausées continuelles; vomissement; pouls petit, fréquent, très-faible; traits tiraillés; face pâle et complètement grippée; extrémités froides; pas de garde-robes. M. Rullier lui-même, qui, la veille, n'avait pas encore perdu tout espoir, n'osa plus conseiller les émissions sanguines, et craignit, comme M. Cottereau et moi, que cette dame ne succombât dans les vingt-quatre heures. (*Frictions de deux gros avec l'onguent napolitain double, sur l'abdomen et sur les cuisses alternativement toutes les deux heures, lavement émollient puis laxatif; huile de ricin,* qui ne peut être prise à cause des vomissemens. *Un bain le soir.*) Le 7, un peu de mieux; ventre moins douloureux; diarrhée légère; les nausées persistent. (*Frictions d'un gros toutes les deux heures; épithême avec l'extrait gommeux d'opium et l'acétate de morphine sur l'épigastre.*) Le 8, l'amélioration fait des progrès; quoique moindres, les envies de vomir existent encore; la figure et le pouls sont beaucoup meilleurs. (*Eau gazeuse; limonade; eau à la glace.*) Le soir, à huit heures, salivation. (*On suspend les frictions.*) Le 9, plus de nausées; plus de douleurs au ventre. *Les bains sont continués* pendant quelques jours encore; mais dès le 10.e, la convalescence est pleinement décidée.

Réflexions. Je ne vois guère ici comment il serait pos-

sible de méconnaître l'action bienfaisante des frictions : jamais les sangsues n'ont produit le moindre soulagement ; malgré leur emploi pendant quatre jours, l'affection va de mal en pis, et bientôt la malade est dans un état désespéré ; à peine les frictions sont-elles commencées, au contraire, que le mieux se manifeste, et, quoique aucune autre substance active ne soit tentée concuremment, elles n'en amènent pas moins une convalescence franche et des plus rapides. M. Trousseau m'a communiqué un fait du même genre, quoique moins tranché ; mais le lecteur en trouvera les détails dans la Thèse de M. Dusoir. 1828.

Obs. XIV.e — Un homme atteint depuis 15 jours d'une péritonite aiguë auquel on avait opposé sans succès un traitement antiphlogistique très-actif, fut transporté à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. A la visite de M. Dutrouilh, il présentait tous les symptômes d'une péritonite aiguë très-intense ; une saignée fut faite ; on continua la diète et les délayans ; au bout de six jours, l'état du malade ne s'étant pas amélioré, on se décida à faire des frictions avec l'*onguent mercuriel* sur l'abdomen. Cette médication fut efficace, et les glandes salivaires ne s'affectèrent pas (*Revue méd.*, mars 1829).

M. Dance m'a fait part d'une observation encore plus remarquable ; elle a pour sujet un homme affecté de péritonite intense avec épanchement considérable, sur lequel on employa l'onguent mercuriel à la dose de deux onces en une fois, qui guérit promptement de la péritonite ; mais qui fut pris d'une salivation excessive, et finit par mourir d'une lésion du larynx.

Réflexions générales. — Tels sont les principaux faits que j'ai été à même de rassembler en faveur d'un traitement qui me paraît digne de fixer l'attention des médecins ; si ces divers faits ne sont pas tous également concluans, il n'en est du moins aucun qui ne tende à démontrer l'action avantageuse des frictions mercurielles ; et, ne

fût-ce qu'à titre d'accessoires; toujours est-il que les praticiens pourront en tirer un grand parti dans une foule de circonstances. Je sais bien qu'en thérapeutique il est souvent difficile de ne pas confondre de simples coïncidences avec les effets réels de la médication mise en usage; que chaque jour on s'imagine avoir guéri les péritonites puerpérales dont les symptômes auraient pu se dissiper spontanément; qu'on voit fréquemment, par exemple, chez des paysannes qui refusent de suivre aucun conseil, et dans les hôpitaux, par suite d'oubli ou d'indocilité, chez des femmes auxquelles on n'a rien fait, les symptômes les plus graves et les plus alarmans disparaître d'eux-mêmes. Mais ces difficultés, qui existent surtout dans le principe du mal, s'appliquent à tous les traitemens imaginables et non pas seulement à la médication mercurielle. S'il est vrai d'ailleurs, comme l'avouent Chaussier et M. Legouais, que les émissions sanguines soient peut-être plus nuisibles qu'utiles après les premières vingt-quatre heures; que c'est seulement dans la première période, c'est-à-dire quand il est encore presqu'impossible à l'observateur le plus habile d'affirmer qu'il y a plutôt péritonite que toute autre maladie, qu'il importe de tirer du sang et d'en tirer largement; que, malgré ce traitement, poussé à outrance pendant la période indiquée, il meurt un grand nombre des femmes qu'on y soumet; que celles qui ont perdu le plus de sang pendant la grossesse, le travail ou immédiatement après l'accouchement, qui ont été prises d'hémorrhagies abondantes, sont précisément celles que la péritonite affecte le plus souvent, je ne vois pas pourquoi on répugnerait tant à essayer le moyen que je propose.

Après tout je ne veux pas soutenir, on aurait tort de le penser, que les émissions sanguines doivent être bannies du traitement de la péritonite, mais bien qu'elles n'en sont pas le remède unique, qu'à elles seules, elles suffisent ra-

rement pour vaincre cette maladie quand elle est un peu grave.

Dès que les accidens surviennent, qu'il se manifeste de la douleur à l'hypogastre, de la fièvre, si la femme n'est pas trop affaiblie ou épuisée, la prudence veut qu'on pratique une saignée, ou qu'on applique quinze, vingt, trente, cinquante sangsues à la vulve ou sur le point douloureux. Quand la femme est robuste, pléthorique, et que les symptômes sont d'abord très-graves, on doit tirer aussitôt une très-grande quantité de sang, soit par la phlébotomie, soit par les sangsues; mais si la péritonite est franchement déclarée, si les symptômes ne cèdent pas aux premières saignées, je conseille de recourir, sans plus attendre, au traitement mercuriel; de faire des frictions avec deux ou trois gros d'onguent napolitain double toutes les deux heures, et de donner en même temps, si l'état des voies digestives ne s'y oppose pas, deux grains de calomel aux mêmes distances. Les douleurs sont-elles vives, reviennent-elles par coliques, on tâche de les adoucir à l'aide d'une potion légèrement calmante, composée, par exemple, d'eau de tilleul et de laitue, *ana* deux onces, de quelques gouttes d'eau de fleurs d'orangers et d'une once de sirop de pavots blancs ou d'œillets, à prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerées; pour tisane, on choisit parmi les boissons délayantes celles qui plaisent le mieux à la malade.

Les frictions sont faites sur toute l'étendue de l'abdomen, avec lenteur et précaution, par une personne entendue, et sur le zèle de laquelle on puisse compter; la main doit être garnie d'un gant; après chaque friction, on applique sur le ventre un large morceau de flanelle, dans le but de préserver les vêtemens de la femme ou les pièces du lit. Quelque vive que soit la douleur, elle ne l'est jamais assez pour empêcher d'opérer les frictions sur

l'abdomen. Je ne me permets de les porter sur les cuisses que dans les cas peu inquiétans ou lorsque les accidens principaux ont disparu, et seulement quand la peau du ventre se couvre de boutons ou tend à s'enflammer; encore les réappliquai-je sur cette dernière partie, dès qu'elle est un peu moins irritée. Lorsque les tégumens sont recouverts d'une couche de pommade trop épaisse, il convient de les nettoyer avec une eau de savon légère ou un peu d'huile. Cette précaution me paraît essentielle pour favoriser l'action du mercure; un bain tiède, d'une demi-heure, d'une heure même, si la femme s'y trouve bien, agit encore dans le même sens, et manque rarement, au reste, d'amener un soulagement général. Le calomel est donné dans une demi-cuillerée de tisane, un peu de panade, etc., ou tout simplement déposé sur la langue; il produit souvent des selles assez copieuses au bout de douze à vingt-quatre heures. Ces évacuations sont habituellement d'un bon augure, et n'empêchent pas de continuer les frictions; mais à moins que l'intensité des accidens ne se maintienne, il y aurait quelquefois de l'inconvénient à ne pas cesser alors l'emploi du proto-chlorure; si quelque point devient beaucoup plus douloureux que les autres, les frictions ne s'opposent nullement à ce qu'on se serve des sangsues, comme d'un remède intercurrent; il en est de même de la saignée en cas que des signes de pléthore se manifestent après coup.

Quand le calomel n'a point été prescrit, si les intestins paraissent embarrassés, sont le siége de borborygmes, si la langue est très-sale, sans être rouge à sa pointe ni sur les bords, l'huile de ricin ou l'eau de Sedlitz factice à dose purgative sont très-bien indiquées, et hâtent en général la terminaison favorable. Il importe, du reste, et, selon moi, il importe beaucoup, que pendant le

cours de ce traitement, la malade soit *soustraite aux courans d'air* et que *la température de son appartement ne descende pas au-dessous de douze à quinze degrés Réaumur*. Lorsque toutes ces conditions sont exactement remplies, le mieux ne tarde pas à se prononcer; l'abdomen perd peu-à-peu de sa sensibilité, de son volume et de sa tension; les nausées, les vomissemens disparaissent par degré, et, quelquefois, dans les vingt-quatre heures, les malades semblent véritablement revenir de la mort à la vie. Dès-lors on peut éloigner les frictions, et les réduire à un gros; si la salivation se manifeste, il n'y a d'ordinaire plus rien à craindre, et l'on peut cesser tout-à-fait l'emploi des mercuriaux.

Contre ce qu'a dit Laennec, il n'est pas indispensable au succès, ainsi qu'on a pu le voir dans les observations IX.ᵉ et XI.ᵉ, que la bouche se prenne; cependant le ptyalisme est d'un excellent augure en pareil cas; il donne la certitude que l'organisme est imprégné du principe actif du mercure, et tant qu'on ne l'observe pas il est prudent de continuer les frictions, même à fortes doses, à moins que la plupart des symptômes n'aient disparu.

Quelques femmes supportent des doses vraiment effrayantes d'onguent mercuriel, avant d'en ressentir les effets; plusieurs en ont usé 6, 8, 10 onces, dans l'espace de quelques jours; d'autres, au contraire, salivent très-rapidement; beaucoup à la 3.ᵉ, 4.ᵉ, 5.ᵉ friction, par exemple. Est-ce l'appareil salivaire seul ou l'organisme tout entier qui résiste si fortement à l'action du remède chez les premières et si peu chez les secondes? Il est du moins certain que celles-ci guérissent bien plus sûrement que celles-là. Au reste, une pareille différence n'a rien d'insolite: il en est de même de toutes les substances médicamenteuses un peu actives; la même dose d'opium est loin de produire le même effet chez tous les individus.

Tout le monde sait que parmi les hommes les uns résistent plus, les autres moins, à l'action du vin, des liqueurs alcoholiques, de la fumée du tabac, etc. Quoi qu'il en soit, cette particularité me semble digne de remarque, et devoir n'être pas perdue de vue dans la pratique.

L'emploi des frictions dans la péritonite, a-t-on dit, n'a rien de nouveau : MM. Vandenzande, Laennec, Chaussier, etc., les ont essayées. Au fond, il s'agit bien moins de savoir si cette médication est nouvelle que si elle est utile; et si mon amour-propre seul devait souffrir de pareilles assertions, je me donnerais bien de garde de les combattre; mais elles peuvent nuire d'une autre manière. Avec l'idée que ce n'est qu'une méthode déjà conseillée, mise en usage, puis rejetée, les observateurs sont naturellement portés à la regarder comme jugée, et ne pensent plus devoir s'en occuper. Or, à ce sujet, je n'ai point la prétention de proposer un médicament nouveau. Je sais, et je l'ai dit, que M. Vandenzande emploie le calomel et les frictions; mais ce praticien compte particulièrement sur le calomel uni à l'opium, et n'use des frictions que secondairement, les applique sur les cuisses, une ou deux fois par jour, et seulement quand il ne peut pas donner le sel mercuriel à l'intérieur. Laennec a fait usage des frictions, mais principalement dans la péritonite chronique, sur les cuisses, et seulement une ou deux fois par jour. Quant à Chaussier, il les a essayées dans la péritonite puerpérale aiguë, mais à la manière de Laennec. Ni la thèse de M. Legouais, ni toutes les autres thèses qui rapportent les tentatives faites à la Maternité ou dans les hôpitaux de Paris, ni les travaux publiés au nom de Laennec, ne disent qu'un médecin quelconque ait eu recours, *dans la péritonite aiguë des femmes en couche, aux frictions mercurielles, sur l'abdomen même, à la dose de 2 ou 3*

gros toutes les deux heures, comme remède principal et quelquefois unique. Or, c'est précisément cette manière de faire qui, selon moi, constitue le point essentiel du traitement que je conseille, qui distingue la médication que j'adopte de celles qui ont été tentées jusqu'à présent. Tellement qu'il serait injuste, à mon avis, de prononcer sur sa valeur, si, dans son emploi, on refuse de se soumettre sans réserve aux règles mentionnées plus haut; permis à chacun sans doute de suivre d'autres erremens, d'imaginer d'autres combinaisons; mais alors ce ne sont plus mes essais qu'on répète, et je ne puis être en aucune manière responsable des insuccès.

Le traitement par les frictions, combinées comme je le propose, me paraît convenir également dans la péritonite simple et dans la péritonite compliquée de métrite, ou de phlébite utérine; je suis, de plus, fortement porté à croire qu'il serait d'un grand secours dans cette dernière maladie, lors même qu'elle n'est pas accompagnée de péritonite. Souvent, ainsi que je l'ai dit et prouvé dès long-temps (1), et que M. Dance vient de le démontrer à son tour, la fièvre puerpérale a pour point de départ une suppuration, une inflammation des veines ou du *tissu* de l'utérus; alors, les sangsues doivent être appliquées près de la vulve plutôt que sur le ventre, comme il convient de le faire dans les autres cas. La saignée générale ensuite, les frictions et le calomel, surtout quand le pus se mêle et circule avec le sang en assez grande quantité pour faire naître la prostration et autres symptômes typhoïdes, formeront, je l'espère, un des meil-

(1) *Archives gén.*, tom. VI, pag. 227, 232, 236. — *Revue méd.*, 1826, tom. II, p. 440; tom. III, p. 68 et suiv.; t. IV, p. 362, 414, 419, 489. — 1827, tom. II, mai, pag. 216 et suiv. Thèse de M. Sales, 1827, N.° 27, page 15.

leurs moyens qu'on puisse mettre en usage contre un pareil mal.

Si les observations qui font l'objet de ce mémoire avaient été choisies parmi beaucoup d'autres, elles ne seraient pas assez nombreuses encore pour inspirer une grande confiance; car, sous ce point de vue, il est peu de médication en faveur de laquelle on ne puisse invoquer une vingtaine de succès; mais comme elles sont les seules où le mode de traitement que je conseille ait été suivi avec quelque régularité, elles forment réellement, si je ne me trompe, une masse de preuves assez considérable pour encourager les médecins à renouveler, à multiplier une semblable pratique; on s'étonnera peut-être même de ne me voir citer que des succès, en parlant d'une maladie si fréquemment mortelle. Je dois aller au-devant de cette réflexion. J'avouerai donc, 1.° que quatre ou cinq tentatives faites à l'hôpital de l'Ecole, depuis que j'en ai quitté le service, n'ont point empêché les femmes de succomber, quoiqu'elles aient été suivies d'un peu d'amélioration. 2.° Qu'il en a été de même dans trois cas différens où je les ai prescrites moi-même. Mais il faut avouer aussi qu'à l'hôpital on ne s'y est décidé qu'à toute extrémité, et que jamais on ne s'est exactement conformé aux principes qui m'ont dirigé moi-même. Voici, par exemple, le cas où l'on a mis le plus de soin à suivre mes idées. — 20 ans, première couche. — Péritonite intense le lendemain de la fièvre de lait. Je la vois le quatrième jour. Quatre saignées ont été pratiquées, trois applications de 30, 40 et 50 sangsues ont eu lieu. La femme est pâle, excessivement faible, couverte d'une sueur visqueuse. Il y a du hoquet, des nausées, etc. Il est un heure; on arrête que les frictions sur l'abdomen vont être essayées sur le champ; mais la première n'est faite qu'à six heures du soir et sur les cuisses; la seconde a

lieu vers neuf heures sur le ventre, et n'est que d'un gros; la troisième et la quatrième, d'un gros aussi, sont pratiquées sur les cuisses; en sorte que le lendemain matin, à neuf heures, deux gros seulement d'onguent mercuriel ont été étendus sur l'abdomen. La malade est morte la nuit suivante. Or, il est évident que des faits pareils ne prouvent rien, et doivent être considérés comme non avenus. Quant à ceux qui me sont propres, le premier a pour sujet une femme qui s'était échappée, en délire, au cinquième jour d'une péritonite avec épanchement considérable, et qui était venue, à pied, de la Maternité dans la rue Cassette, pour monter à un cinquième étage, où je la vis à six heures du soir. Elle mourut le lendemain à quatre heures du matin. Le second est celui d'une jeune dame que je n'ai vue qu'une seule fois, qui avait été largement saignée, et qui semblait n'avoir plus que quelques heures à vivre. J'ai su que le traitement mercuriel n'a pas été conduit régulièrement ni avec l'énergie que j'avais recommandée; il a cependant été suivi d'un mieux très-prononcé, tellement que la malade n'a succombé que 8 jours après, et avec des symptômes qui ne semblent pas se rattacher à la péritonite. Enfin, dans le 3.e, c'est une jeune personne que je vis de concert avec MM. Douis et Dusoir. La délivrance avait offert quelque difficulté; il y eut une perte assez abondante avant et après la sortie du placenta; lorsque j'arrivai, le troisième jour au soir, à huit heures, la péritonite était générale et des plus intense, le ventre fortement ballonné ne pouvait supporter la plus légère pression. Les frictions furent exactement faites; mais la température était à deux degrés au-dessous de zéro, et cette malheureuse dans l'impossibilité de se procurer le quart de ce qui lui eut été nécessaire. On ne donna point de calomel d'abord. Malgré une amélioration légère qui sembla se manifester le 4.e et le 5.e jour, la mort arriva

le 6.e, à deux heures du soir. Tous les symptômes d'une violente métrite s'étaient joints, s'ils n'avaient précédé, à ceux de la péritonite; et l'introduction du doigt dans le vagin nous fit reconnaître, à M. Capuron et à moi, que le col était réduit en putrilage et tout l'intérieur des organes sexuels profondément altéré. En sorte que ce cas, le seul dans lequel j'aie réellement échoué depuis la publication de mon premier travail, n'est pas encore positivement de nature à mettre en doute l'efficacité de la médication mercurielle.

En résumé, puisque sur près de soixante péritonites aiguës non douteuses, que j'ai pu suivre avec soin et qui ont été traitées par les émissions sanguines pures et simples, il n'en est guéri que quatre; puisque, d'après ce que m'en a dit M. Dance, les succès obtenus par cette méthode à l'Hôtel-Dieu ne sont pas plus nombreux; puisque toutes les femmes qu'on y a soumises à l'hôpital de l'École, depuis que M. Guersent m'a remplacé, sont mortes; puisque, dans l'espace de deux ou trois mois seulement, on a perdu près de deux cents malades à la Maternité de Paris, dans le commencement du printemps dernier; que dans la pratique civile il ne paraît pas qu'on arrive à des résultats beaucoup plus encourageans; que, dans les mêmes conditions, dans les cas les plus graves, le traitement mercuriel, tel que je l'ai modifié, combiné ou non avec les émissions sanguines, a donné quatorze succès complets sur dix-neuf, et que, dans les cas où son emploi n'a pas été aussi heureux, on peut en rapporter la cause à des circonstances qui ne dépendent peut-être pas de son inefficacité, je ne vois aucune raison qui puisse empêcher de le généraliser davantage.

Dans la crainte toutefois de me laisser abuser par des préventions, je me bornerai à ce peu de réflexions. Si je me suis trompé, je puis du moins affirmer que

c'est après avoir tout fait pour éviter l'erreur; j'ai cherché la vérité de bonne foi, et je me rétracterai sans peine, si des observations concluantes viennent à me prouver que je m'en suis laissé imposer; mais je désire qu'on ne se décide pas légèrement sur une question aussi grave, qu'on ne la juge pas avant de l'avoir mûrement examinée.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Experimenta circum statum sanguinis et vasorum in inflammatione. — *Expériences pour constater l'état du sang et des vaisseaux dans l'inflammation; par* Georges Kaltenbrunner, *M. D. In-4.° Munich.* 1826.

Cet ouvrage se divise en deux parties : dans la première l'auteur rapporte les phénomènes qu'il a observés dans l'inflammation produite par une cause mécanique, et dans la seconde il fait connaître les expériences entreprises pour constater ce qui arrive dans l'inflammation qui ne résulte pas d'une cause de cette nature. Non-seulement il a répété les expériences faites avant lui sur ce point, par MM. Wilson Philip, Thomson et Ch. Hastings; mais il en a ajouté une foule d'autres, tantôt confirmant l'exactitude de ses devanciers, et tantôt relevant les erreurs où ils sont tombés. Ces recherches, toutes microscopiques, ont été faites sur des animaux appartenans aux trois premières classes des vertébrés, en choisissant avec sagacité les organes les plus favorables à ce genre d'observations; tels que la nageoire caudale de la loche d'étang, la membrane palmaire de la grenouille, les poumons, le mésentère et le foie de la salamandre et de la

grenouille, les poumons, le mésentère, le foie et la membrane muqueuse intestinale du rat et du lapin, et enfin la rate de la souris. Il a provoqué, dans ces différens organes, des inflammations plus ou moins intenses, par une foule de moyens différens, entre autres les coupures, piqûres, contusions et autres moyens mécaniques, la chaleur, le froid, l'action de l'air pur et vicié, la faim, l'application de substances vénéneuses, caustiques ou simplement irritantes, etc.

Les premières observations de M. Kaltenbrunner sont relatives aux plaies, à l'hémorrhagie qui en résulte, et à la manière dont s'arrête cette dernière. Voici le résultat de ses expériences sur ce sujet : lorsque des vaisseaux capillaires seulement sont coupés, il ne s'échappe que quelques globules de sang; la circulation n'est pas interrompue et continue à se faire, soit par les capillaires eux-mêmes qui ont été divisés, soit par ceux qui les avoisinent. Lorsque la lésion porte sur des artères, les phénomènes qui en résultent sont différens, suivant le calibre du vaisseau divisé. Si ce n'est qu'une très-petite branche qui ait été coupée, l'hémorrhagie est presque nulle, comme dans le cas précédent, et le sang passe aussitôt dans l'artériole placée immédiatement au-dessus, sans pénétrer davantage dans celle qui a été blessée; mais si, au contraire, l'artère lésée est d'un certain volume, alors il y a une forte hémorrhagie par les deux bouts, et le sang contenu dans les deux branches voisines, se dirige vers la plaie qui est devenue un véritable siége de fluxion. Cependant, au bout de quelque temps, il se manifeste un mouvement d'oscillation, en vertu duquel le sang est poussé alternativement vers l'ouverture accidentelle du vaisseau qui lui donne issue, et la branche voisine; enfin ce dernier parvient à l'emporter; tout le sang est détourné de la plaie; l'hémorrhagie s'arrête et la circula-

tion se continue par l'artère collatérale. La même chose a lieu lors de la division des petites veines; seulement l'écoulement du sang s'arrête moins facilement, parce qu'il paraît poussé moins fortement dans les veinules voisines.

L'un des résultats les plus ordinaires de l'inflammation est la formation du pus. L'auteur a constaté que ce liquide, lorsqu'il est de bonne qualité, se montre d'abord dans de petits canaux, qui se réunissent entr'eux pour former une sorte de tissu réticulaire; et que de ce réseau partent des canaux plus grands qui viennent déposer le pus sur la surface ulcérée. Le pus de mauvaise nature n'est pas, selon lui, le produit d'une sécrétion, et ne se forme pas de même dans des canaux. Il le regarde comme le résultat de la destruction des parties et de la décomposition du parenchyme des organes.

L'inflammation se termine toujours par une espèce de sécrétion critique, qui consiste dans l'expulsion ou l'exsudation, par saccades répétées, d'un liquide sanguinolent à travers les vaisseaux capillaires. Après cette crise, tous les troubles inflammatoires cessent, et la cicatrisation commence à s'opérer; la tuméfaction et la rougeur, qui persistent quelquefois au-delà de ce moment, ne doivent plus être considérées que comme des restes de l'état de phlogose.

Lorsque la cicatrisation s'opère, on aperçoit d'abord, dans le parenchyme et sur les bords de la plaie, de petits flocons rougeâtres qui se réunissent dans différens points; de ces points naissent des canaux qui s'alongent graduellement, jusqu'à ce qu'ils aient atteint un vaisseau déjà formé. Cette formation diffère de celle des canaux qui sécrètent le pus, en ce que ces derniers se réunissent en forme de réseau. La différence qui existe entre la lymphe plastique et le pus proprement dit, consiste en ce

que la première est le résultat d'une transsudation insensible qui a lieu à la surface de la plaie après la disparition de l'inflammation et de la suppuration, et que le second est réellement sécrété par des canaux particuliers, et pendant l'acte même de l'inflammation.

Lorsque l'inflammation est arrivée à un certain degré, il y a stase du sang au foyer de la maladie, et congestion à la circonférence, avec accélération dans ce point du cours de ce liquide. Cette stase de la circulation au foyer du mal est un caractère essentiel de l'inflammation ; elle n'a jamais lieu dans la simple congestion. Toute exsudation inflammatoire suppose une accélération de la circulation ; la formation du pus, au contraire, n'a lieu que là où il y a stase du sang, c'est-à-dire, au foyer de l'inflammation.

L'inflammation présente, dans sa marche, une infinité de nuances qui dépendent des causes qui l'ont fait naître, des différentes espèces d'animaux sur lesquels on l'observe, et des organes qu'elle attaque ; ainsi dans les membranes séreuses on voit très-rarement exister la stase sanguine que nous avons dit se montrer au foyer inflammatoire ; dans les membranes muqueuses, au contraire, elle est très-commune, plus commune encore dans le foie et dans la rate, mais elle se manifeste difficilement et tardivement dans le tissu du poumon. L'inflammation est toujours circonscrite et très-localisée dans les animaux des classes inférieures tels que les poissons et les reptiles ; les mouvemens de réaction fébrile surviennent très-rarement, et leur existence amène presque toujours la mort. Dans les animaux supérieurs, au contraire, l'inflammation a plus de tendance à se généraliser ; la fièvre l'accompagne plus fréquemment ; mais alors elle est bien moins funeste.

D'après toutes ses observations, M. Kaltenbrunner est

porté à regarder l'existence des parois des vaisseaux capillaires comme encore très-problématique : il pense que le parenchyme qui les environne forme seul ces parois. Ces vaisseaux disparaissent plus facilement dans les animaux inférieurs que dans les supérieurs, et lorsque cette fonte des capillaires s'observe chez ces derniers, c'est le plus ordinairement dans le foie, la rate et les membranes muqueuses.

Ce mémoire intéressant est accompagné de neuf planches dans lesquelles sont représentés les objets principaux, tels qu'ils ont été vus au microscope, et seulement grossis de quatre-vingts à cent fois.

Disquisitio de arteriarum regeneratione. — Recherches sur la régénération des artères ; par le professeur Mayer. In-4.° Bonn.

Le but que l'auteur s'était d'abord proposé était de constater, par une suite d'expériences sur les animaux, quels sont les effets que produit sur le cerveau la ligature des carotides, et des autres principales artères qui portent le sang à cet organe. Mais, pendant le cours de ces recherches, son attention fut détournée de ce sujet par un phénomène étranger, et se fixa sur un autre point très-important ; celui de savoir comment le cours du sang se rétablit après la ligature ou la section des vaisseaux artériels.

Nous allons successivement faire connaître les principaux résultats auxquels M. Mayer est parvenu sur ces deux questions différentes, et comme ces faits nous semblent très-intéressans, nous traduirons littéralement les expressions de l'auteur.

« Déjà, depuis plusieurs années, j'avais entrepris une série d'expériences sur différens animaux, pour décider cette question, (l'influence de la ligature des artères

carotides sur le cerveau). J'ai pratiqué cette opération sur des chiens, à plusieurs reprises, sans compromettre la vie de ces animaux. Mais je dois dire que, plusieurs fois, elle a fait naître de graves accidens. Chez plusieurs chiens auxquels j'avais lié les carotides, j'ai observé une accélération de la respiration et de la circulation, des vomissemens fréquens; l'animal restait couché, les yeux fermés, plongé dans un assoupissement profond; enfin, l'œil droit devenait le siège d'une légère inflammation.

» Dans une chèvre, la ligature des deux carotides fut suivie d'une somnolence considérable, et d'une accélération de la respiration et de la circulation. L'œil gauche devint terne et la pupille se contracta d'une manière permanente.

» Dans le cheval, la ligature des carotides donne lieu aux plus graves accidens. Les yeux se ferment; l'animal reste d'abord quelques instans immobile, puis tombe tout à coup comme frappé de la foudre. Il survient ensuite des convulsions très-fortes, des douleurs violentes dans la tête, une agitation extrême, des mouvemens tétaniques, etc. Enfin, la mort succède à ces symptômes au bout d'environ trois heures.

» J'ai très-souvent repété cette expérience sur des lapins, et elle a presque toujours été suivie des mêmes phénomènes, seulement plus ou moins apparens. Voici les résultats les plus notables de la ligature des carotides sur ces animaux : trismus très manifeste; irrégularité remarquable dans les fonctions du système nerveux; en effet l'œil gauche devient insensible et immobile, et quelquefois il s'ulcère et suppure; l'œil droit, au contraire, conserve sa sensibilité et ses mouvemens; d'un autre côté l'oreille droite perd ses fonctions, tandis que la gauche ne paraît pas avoir souffert; la respiration devient plus lente et le pouls plus fréquent; la production de la chaleur

s'affaiblit, et, vers le cinquième jour, la mort vient terminer les souffrances de l'animal.

» La différence des phénomènes qu'on observe, non seulement dans les animaux différens, mais aussi dans ceux d'une même espèce, doit être attribuée à celle qui existe dans le calibre des artères qui se portent au cerveau, et elle paraît dépendre principalement du rapport entre le calibre des carotides et celui des artères vertébrales.

» Lorsque dans l'homme les artères vertébrales sont moins larges et moins développées qu'à l'ordinaire, il n'y a pas de doute que la ligature des carotides ne doive être suivie de semblables accidens. Cette opinion me semble confirmée par l'observation de la ligature de l'artère carotide pratiquée par Astley Cooper, en 1805. On trouve, en effet, dans l'histoire de ce cas important, que, huit jours après la ligature de la carotide droite, il survint une paralysie du côté gauche, et si je ne me trompe, une légère douleur des dents, qu'on pourrait regarder comme un premier degré de trismus.

» Après avoir exposé les résultats de mes recherches sur les effets de la ligature des artères carotides sur différens animaux, il me reste à parler d'un fait plus remarquable encore, je veux dire la régénération du canal des carotides détruit par la ligature.

» La première question qui se présente est celle de savoir quels sont les changemens qu'opère la nature dans une artère liée, et lorsque l'afflux du sang vers un organe quelconque est ainsi interrompu. On sait généralement que, dans le cas de ligature des carotides, les vaisseaux vertébraux et surtout les artères augmentent de volume, et j'ai souvent observé, dans ces cas, que l'artère basilaire surtout était beaucoup dilatée, et que son trajet était devenu plus grand et plus tortueux. Mais que se passe-t-il

dans la carotide elle-même, dans le point où elle a été serrée et même divisée par la ligature ? Ce vaisseau reste-t-il oblitéré, ou bien au bout d'un certain temps redevient-il perméable ? Se forme-t-il de nouvelles branches qui rétablissent la circulation, ou bien enfin se fait-il une véritable régénération des artères ? Cette reproduction, niée par la plupart des physiologistes, est cependant très-réelle.

» J'ai eu en effet l'occasion d'observer un exemple frappant de régénération des carotides, sur un lapin qui périt tout-à-coup et sans cause connue, un an après avoir subi la ligature de ces vaisseaux. A droite, une seule branche vasculaire naissait du bout inférieur, et venait se rendre dans le supérieur; à gauche, deux artérioles se comportaient de la même manière. Ces vaisseaux de nouvelle formation étaient tortueux et anfractueux. Au niveau de leur partie moyenne, je retrouvai le canal oblitéré des carotides et le reste de la ligature, que, suivant ma coutume, je n'avais pas enlevée après l'expérience ».

A la suite de ces expériences et de cette observation importante, l'auteur rappelle celles de M. Maunoir et de Parry. Le premier, dans son mémoire sur l'anévrysme, rapporte une expérience faite sur un renard. Il avait appliqué deux ligatures sur l'artère carotide droite. En la disséquant il trouva qu'elle se terminait, à huit centimètres au-dessus de la naissance de la vertébrale, par une extrémité arrondie pleine d'injection, et dont le diamètre était le même que celui du reste de l'artère. De cette extrémité partait un très-petit vaisseau, d'un millimètre environ de diamètre, qui se dirigeait vers le bout supérieur de l'artère divisée et s'y anastomosait. Le second, dans son ouvrage intitulé : *An experimental inquiry into the nature, causes et varieties of the arterial pulse, etc. Londres*, 1819, cite plusieurs cas de régénération d'artères. M. Mayer

ajoute qu'Autenrieth a aussi rapporté plusieurs exemples de formation de nouveaux canaux dans le système veineux. Enfin, il termine son mémoire en disant que de nouvelles expériences sont nécessaires pour décider complètement la question.

De la luxation spontanée de la première vertèbre avec l'occipital et des deux premières vertèbres cervicales entr'elles; par le professeur Rust, *de Berlin.*

Cette maladie s'annonce communément par une sensation douloureuse au cou, plus forte la nuit ou quand on avale un morceau plus gros que de coutume, ou dans les grandes inspirations. L'examen de la bouche et de l'arrière gorge ne fait reconnaître aucune trace d'irritation à laquelle on puisse attribuer le malaise accusé par le malade. Les fomentations humides aggravent la douleur, qui est au contraire soulagée par les frictions avec le liniment volatil, la chaleur sèche, les vésicatoires à la nuque ou au devant du cou, région où les malades rapportent quelquefois la sensation douloureuse. L'amélioration qu'on obtient par ces moyens, fait alors considérer cette affection comme rhumatismale. Mais insensiblement retour de la difficulté de la déglutition et de la respiration; souvent un des côtés du cou devient en même temps douloureux à chaque flexion de la tête sur l'épaule; cette douleur, plutôt gravative qu'aiguë et lancinante, s'étend ordinairement des environs du larynx jusqu'à la nuque et même à l'omoplate du côté malade, symptômes qui font croire davantage encore à un rhumatisme. A cette période de la maladie, une pression un peu forte avec le doigt dans les environs de l'articulation de la première ou de la seconde vertèbre du cou, occasionne une douleur aiguë, jusqu'alors inconnue au malade, et qui éclaire sur

la véritable nature du mal, diagnostic important alors, car plus tard la maladie n'est que rarement curable.

Le plus ordinairement, cette affection est méconnue pendant cette période, la dyspnée, la difficulté d'avaler et l'enrouement de la voix deviennent plus prononcés, et alternent avec la douleur du cou et des muscles de cette région, douleur qui finit par se concentrer à l'occiput et devient insupportable à chaque mouvement de la tête. Le malade tient le cou tendu, porte la tête vers une épaule et la face tournée un peu de côté et en bas. Cette flexion de la tête a lieu du côté où le malade a commencé à ressentir les douleurs du cou, et résulte de la tuméfaction des surfaces articulaires de l'occiput et de l'atlas, ou de celles de cette dernière et de l'axis. A cette époque, cette attitude de la tête a toujours lieu du côté opposé au siège du mal, et c'est ordinairement du côté droit, parce que dans la plupart des cas la maladie occupe le côté gauche. Du moins, le professeur Rust a trouvé sur neuf autopsies sept fois l'altération à gauche, et deux fois seulement à droite : quand elle s'étend également aux deux côtés, l'inclinaison de la tête a lieu en avant et sur le sternum. Cette période de la maladie que nous décrivons, se prolonge quelquefois pendant plusieurs mois, et l'on observe en même temps un sentiment de fatigue générale, une difficulté dans les mouvemens de toute la moitié du corps du côté opposé au siège du mal. Parfois il survient alors une amélioration momentanée, mais pour faire place à une aggravation de tous les accidens. La dyspnée et la dysphagie augmentent, la douleur de la nuque et de l'occiput devient déchirante, continuelle, s'étend souvent jusqu'au front, ce qui contraint le malade à une immobilité absolue de la tête et du cou; la tête s'incline un peu en arrière et sur l'épaule opposée à celle vers laquelle elle penchait primitivement. Si le mal occupe les deux côtés, elle s'incline directement

en arrière sur l'épine, c'est-à-dire, dans une direction opposée à celle qu'elle avait dans la seconde période. C'est alors qu'il n'est plus possible d'espérer de rémission dans les accidens. Les douleurs de l'occiput et de la nuque alternent cependant encore avec la dysphagie et la raucité de la voix, la fixité de la tête en arrière et de côté rend toute position du corps incommode, le coucher est impossible du côté sain, et très-pénible du côté malade. Quand le malade veut se redresser, il porte doucement une de ses mains ou toutes les deux derrière l'occiput afin de soutenir sa tête et de la maintenir solidement. Ce mouvement du malade qui est involontaire et constant alors, devient un signe pathognomonique de cette affection, et s'observe même quelquefois dans la seconde période.

Un caractère également particulier à cette maladie, consiste dans une expression toute particulière de douleur répandue sur la physionomie du malade, et qui, jointe à la raideur du cou et à l'immobilité de la tête, constitue un *habitus* propre et caractéristique qu'il suffit d'avoir observé une seule fois pour faire reconnaître le mal chez un autre individu. Le regard triste et abattu, les lèvres contractées; le grincement des dents, les soupirs entrecoupés manifestent assez les douleurs aiguës qui se développent à chaque changement de position. Enfin, à ces symptômes alarmans se joignent des bourdonnemens d'oreille, des étourdissemens, des vertiges, des crampes et des convulsions, des paralysies partielles surtout des extremités supérieures, l'aphonie, une expectoration purulente, des sueurs colliquatives et les autres phénomènes de la fièvre hectique. Ordinairement on ne remarque aucune apparence de lésion au cou ni à la nuque : dans un seul cas le professeur Rust vit une ulcération fistuleuse dans la région cervicale postérieure. Mais la plus légère pression au-dessus de la troisième vertèbre cervicale, cause des

douleurs intolérables, et parfois on distingue vers la fin de la maladie une crépitation obscure dans les légers mouvemens imprimés à la tête. Arrivé à cette période, le malade succombe dans un marasme complet ou quelquefois subitement et d'une manière inattendue.

L'autopsie cadavérique a fait voir chez tous les sujets une collection purulente entre l'œsophage et les vertèbres cervicales, le pharynx plus ou moins excorié, le périoste et les ligamens des deux premières vertèbres tout-à-fait détruits; le siège primitif du mal était toujours dans les articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne; les surfaces articulaires étaient cariées, le condyle gauche de l'occipital plus souvent que le droit, l'apophyse odontoïde détruite. Cette apophyse était cariée et complètement rompue chez tous ces malades qui étaient morts subitement; plusieurs offrirent aussi dans ce cas l'artère vertébrale corrodée, et un épanchement de sang dans le thorax. On a vu chez différens malades le trou occipital rétréci, la dure-mère couleur de rouille et perforée, la moelle alongée ramollie, plus ou moins diffluente. Quelques pièces d'anatomie pathologique portent à penser que cette altération est susceptible de guérison par suite de l'ankylose des os affectés.

Traitement. — Saignées générales et locales dans les premiers temps de la maladie, éviter alors avec soin toute médication irritante. Si l'on suppose une cause rhumatismale, ou une suppression de quelqu'affection cutanée comme cause, on peut employer les préparations antimoniales, le soufre, le camphre et le gayac, la salsepareille, la douce-amère en tisannes. Attribue-t-on la maladie à la syphilis, les mercuriaux, et après eux l'acide nitreux; et si l'on a sujet de penser que l'affection est de nature scrofuleuse, on administre avec avantage les préparations douces de mercure, le chlore, l'eau distillée

de laurier-cérise, la digitale, le quinquina, les bains tièdes d'eau commune, d'eau de mer, les bains sulfureux, aromatiques, sont encore fort utiles. Au milieu de tous ces moyens, le professeur Rust préconise surtout le traitement local, les sangsues, les fomentations froides, et quand le mal provient de cause externe, la glace, l'ammoniaque avec l'eau et le vinaigre; il a particulièrement retiré de bons effets des frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation. Après la première période, ces moyens deviennent insuffisans, et alors notre auteur conseille les cautères profonds sur lesquels il ne faut plus insister à une époque plus avancée de la maladie, parce qu'ils ne feraient que hâter les progrès de la fièvre hectique. L'expérience lui a demontré combien le cautère par le fer rouge est plus avantageux que par la potasse caustique et les moxas; il trace ici un tableau comparatif des effets de ces divers moyens, et montre toute la supériorité de la cautérisation par le feu qu'il pratique à l'aide d'un cautère de forme prismatique. Ce cautère réunit, suivant M. Rust, les avantages suivans: 1.° on ne trace sur la peau qu'une voie de cautérisation très-étroite; 2.° le volume du cautère, augmentant de son sommet à sa base, empêche que cette masse ne puisse se refroidir rapidement; 3.° de plus, en même temps que le cautère produit une brûlure linéaire, ses deux faces latérales réfractent une violente chaleur sur les parties voisines; 4.° par l'effet de sa forme, et en continuant d'opérer par une douce pression, on pénètre plus rapidement dans l'épaisseur des parties; 5.° enfin, on peut le diriger dans tous les sens.

Nous avons cru devoir donner ici un extrait étendu de cette partie du traité du professeur Rust (*arthrokakologie* etc., Vienne, 1817, in-4.°), d'après le *Journal des progrès*, vol. XII, parce que la luxation spontanée dont il s'agit est une maladie fort grave, et sur laquelle l'atten-

tion n'a pas été assez éveillée. Schupke, dans son excellente dissertation (*de luxatione spontaneâ atlantis et epistrophei, Berlin*, 1816), avait traité ce point de pathologie avec talent. Le docteur Ollivier, d'Angers, en a également parlé avec détail dans son ouvrage sur la moelle épinière, à l'article des compressions lentes de cet organe. Enfin, tout récemment M. Auguste Bérard en a fait le sujet de sa thèse inaugurale (2 mars 1829).

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Fonctions du canal intestinal et du foie dans le fœtus humain; *par le docteur Lee.* — Le développement du foie et du canal intestinal du fœtus, à une époque très-peu avancée de sa formation, la grande quantité de sang que reçoivent ces organes et le grand espace qu'ils occupent dans l'abdomen ont conduit l'auteur à conclure que ces parties doivent exercer quelques fonctions dans l'économie du fœtus. Bien qu'aucune substance nutritive ne puisse y être portée par la bouche, on trouve cependant que les matières contenues dans les différentes portions du canal intestinal, ont, sous le rapport de l'aspect et de la composition chimique, une analogie frappante avec celles qui existent dans les mêmes parties du canal alimentaire chez l'adulte, et dans lesquelles s'opèrent la chylification et l'absorption. En effet, une matière demi-fluide qui possède tous les caractères de l'albumine se voit adhérente aux parois intérieures de l'intestin grêle. Elle est surtout le plus abondante autour du point où les canaux excréteurs du foie viennent s'ouvrir dans le duodénum, et elle diminue progressivement à mesure qu'on avance vers la fin de l'iléum. Les gros intestins sont ordinairement distendus par un autre fluide homogène, d'un vert-noirâtre, qui ne contient pas d'albumine et qui paraît tout-à-fait excrémentitiel. On ne trouve dans l'estomac aucune trace d'albumine. L'auteur conclut de-là que, dans les derniers mois de la gestation, il se fait, à la surface interne du canal intestinal, une absorption d'une substance nutritive; et il cherche à prouver par divers argumens, que c'est le foie qui la fournit. Il assure que, dans deux cas, il a trouvé, dans le canal hépatique lui-même, une substance tout-à-fait semblable à celle qu'il

avait rencontrée dans le duodénum. De ce fait il se croit en droit d'inférer que, dans le fœtus, l'action du foie ne se borne pas à séparer du sang les matières excrémentitielles qu'il peut contenir ; mais que cet organe fournit encore des matériaux propres à la nutrition de l'individu. Pour prouver que les substances contenues dans les intestins du fœtus ne s'y sont pas introduites par la bouche, l'auteur fait remarquer qu'elles s'y rencontrent tout aussi bien dans les cas d'acéphalie et d'imperforation de l'œsophage que dans l'état normal du fœtus.

Ce Mémoire est terminé par une note de M. Prout qui fait connaître les procédés qu'il a suivis pour établir le caractère chimique de la substance qu'on l'avait prié d'examiner sous ce rapport. Enfin, il est accompagné de dessins très-bien exécutés, qui représentent les organes digestifs du fœtus. (*Philosoph. Magazine*, et *Lond. med. and phys. Journ.* avril 1829.)

Sur le rôle que joue l'oxygène dans la respiration ; *par le professeur Mayer de Bonn.* — MM. Allen et Pepys, et plusieurs autres physiologistes, ont avancé que l'oxygène de l'air n'était pas absorbé par le sang à travers les parois des vaisseaux pulmonaires, et qu'il ne passe pas dans ce liquide; mais qu'il sert uniquement à la formation de l'acide carbonique qui est rejeté dans l'expiration. M. Mayer combat cette opinion, et il assure, au contraire, que l'oxygène passe dans le sang, se combine avec ce liquide, et circule avec lui dans toute l'économie. A l'appui de cette manière de voir, il cite l'expérience suivante, qu'il a répétée de diverses manières. Elle consiste à faire périr un animal par strangulation, à ouvrir immédiatement après le thorax et le péricarde, à couper l'aorte et l'artère pulmonaire, et à injecter dans cette dernière de l'eau distillée, jusqu'à ce que tout le sang contenu dans les poumons ait été entraîné, et que l'eau revienne tout-à-fait incolore par la portion de l'aorte qui tient encore au cœur. Cette préparation faite, si l'on injecte dans l'artère pulmonaire une solution verte de caméléon minéral qu'on a garantie avec soin du contact de l'air, elle reviendra par l'aorte sans avoir changé de couleur; mais si on lie l'aorte, qu'on injecte une nouvelle quantité de cette solution par l'artère pulmonaire, qu'on lie aussi cette artère, et qu'enfin on insuffle de l'air dans les poumons pour imiter la respiration pendant quelques minutes, la solution, d'incolore qu'elle était, ne tardera pas à prendre la belle couleur rouge qui prouve que l'oxygène a agi sur elle en pénétrant à travers les parois des vaisseaux et des cellules pulmonaires. L'auteur conclut de ces faits que l'oxygène de l'air, dans la respiration, agit directement sur le sang, et qu'il est absorbé par ce liquide à travers les parois des vaisseaux aérifères et sanguins. (*Journ. für chirurg. und Augenheilkunde*; tom. VIII, 3.e cah.)

Pathologie.

Aliénation mentale singulière résultant d'une chute sur la tête. — Un professeur de gymnastique tomba, la tête la première, du haut d'un escalier très-élevé. Il perdit connaissance sur le coup ; mais il revient à lui assez promptement, et le lendemain il n'éprouvait plus qu'un peu de mal de tête. Cet état satisfaisant dura deux nuits et un jour, lorsqu'il changea tout-à-coup, et sans cause nouvelle. En moins d'une heure, il perdit complètement la raison, et il lui devint impossible de fixer son attention sur rien. Au bout de vingt-quatre heures, il avait perdu tout-à-fait l'usage de la parole. Un écoulement séro-sanguinolent avait lieu par l'oreille. Le malade resta trois jours dans cet état ; alors il éprouva soudainement une sorte d'attaque d'épilepsie pour laquelle on lui pratiqua une saignée qui ne parut produire aucun avantage. Ces attaques se reproduisirent fréquemment pendant trois jours entiers. Au bout de ce temps, on lui fit prendre de l'émétique, en raison de quelques symptômes gastriques qui s'étaient manifestés. La violence des accès ayant diminué sous l'influence de ce moyen, on lui administra le lendemain un second vomitif qui les fit cesser complètement. Dès ce moment aussi le malade parut donner quelque attention à ce qui se passait autour de lui, et il fit même quelques efforts pour parler. Pendant une quinzaine de jours on continua l'usage de l'émétique, de manière à produire deux ou trois vomissemens dans la journée. Dans cet intervalle le malade se rétablit peu-à-peu, et, pendant sa guérison, on observa les phénomènes dont nous allons rendre compte. Lorsqu'il essaya de parler, quoiqu'il eût bien évidemment la conscience de ce qu'il voulait dire, il lui était tout-à-fait impossible de trouver les mots nécessaires pour exprimer son idée, ni même une seule expression convenable ; mais lorsque quelqu'un articulait distinctement la phrase devant lui, il la répétait aussitôt, en manifestant la plus vive satisfaction. Il avait absolument l'air d'un homme qui cherche à se faire comprendre dans une langue qu'il parle très-imparfaitement. Il avait, en effet, perdu, non la faculté de parler, mais bien la connaissance du langage, et chose remarquable, les langues qu'il parlait le plus facilement, étaient justement celles qu'il avait le plus complètement oubliées. Polonais de naissance, il parlait habituellement cette langue avec ses compatriotes ; mais alors il paraissait comprendre plus aisément l'allemand que le polonais ; il ne pouvait pas du tout parler cette dernière langue, tandis qu'il pouvait dire quelques mots de la première, surtout lorsqu'on l'aidait. Il semblait s'exprimer encore mieux en latin qu'en allemand,

c'est-à-dire, qu'il l'avait moins complètement oublié; pour le grec il l'avait totalement oublié comme le polonais. Il pouvait lire les auteurs grecs ou latins qu'il connaissait auparavant; mais il ne pouvait rien traduire de ces deux langues sans assistance. Cependant chaque jour la mémoire lui revint rapidement, au point qu'une phrase grecque ou latine qui était incompréhensible pour lui un jour lui semblait parfaitement claire le lendemain. La faculté de comprendre et de parler ces divers langages lui revint successivement dans l'ordre suivant: ce fut d'abord l'allemand, puis le latin, puis le grec, et enfin la dernière de toutes, le polonais sa langue naturelle, et qu'il parlait le mieux avant son accident. Il est digne de remarque que jamais on n'observa aucune faiblesse de mémoire autre que celle qui avait rapport aux mots, ni aucune diminution de jugement ni d'aucune autre faculté intellectuelle. L'écoulement qui avait lieu par l'oreille ne parut influer en rien sur la guérison; car pendant le maximum de la maladie et pendant la convalescence il se supprima plusieurs fois pendant 24 ou 36 heures sans qu'il survînt aucun effet apparent. Enfin, l'auteur de cette observation ajoute que pendant plusieurs années avant sa chute cet homme était mélancolique, sombre et timide, qu'il avait le teint jaune et qu'il se croyait très-souvent malade; tandis que depuis sa guérison son teint est clair et sa tournure d'esprit très-gaie (*Ruts's Magazine für die gesunde Heilkunde*; drittes Heft, 1828.)

Otite aigue causée par la pénétration d'un instrument piquant dans l'oreille interne, et suivie d'une encéphalite rapidement mortelle; *obs. recueillie par le prof. Speranza.* — Un jeune homme, âgé de quinze ans, ouvrier fayencier, était occupé à son travail ordinaire, le 10 janvier 1827, lorsqu'un de ses camarades s'approchant doucement derrière lui, lui introduisit inopinément dans l'oreille gauche l'extrémité d'une aiguille à tricoter. La sensation de chatouillement qui en résulta aussitôt fit tourner brusquement la tête au jeune Bruni, et de telle sorte que l'instrument pénétra profondément dans le conduit auditif: à l'instant même il poussa un cri violent, et tomba à terre sans connaissance. Transporté de suite chez ses parens, le doct. Cammazzi fit une saignée abondante, et l'on administra un purgatif énergique qui, ayant été sans effet, fut renouvelé avec plus d'avantage le lendemain. Peu après la saignée, le malade proféra quelques paroles, bientôt survint du délire, puis un assoupissement qui persista sans interruption jusqu'au troisième jour où ce jeune Bruni fut apporté à l'Institut clinique. En examinant attentivement le conduit auditif, on n'observait aucune trace de lésion; ses parois étaient sèches, aucun liquide ne s'écoulait par l'oreille. La face était pâle, les yeux à demi-fermés, le regard abattu; le

malade ne répondait aucunement aux questions qu'on lui adressait; la prostration des forces était extrême, et le seul mouvement qu'il exécutait, était de porter la main à la tête. Fréquemment survenaient des mouvemens convulsifs partiels et généraux; les premiers avaient particulièrement leur siége dans les muscles de la face du côté affecté. Respiration profonde, battemens du cœur et des artères d'une lenteur marquée, sécheresse de la peau, constipation opiniâtre, rétention d'urine. Cet ensemble de symptômes faisait soupçonner avec raison une lésion dans la profondeur de l'oreille, et consécutivement celle de l'encéphale. En conséquence, les saignées locales et générales furent mises en usage, ainsi que les affusions froides sur la tête, les vésicatoires, les frictions avec la pommade stibiée, les fomentations avec l'infusion de digitale, les lavemens, etc. Tout fut sans résultat. L'état du malade fut encore le même pendant un jour et demi, et il succomba avec des symptômes apoplectiformes, du quatrième au cinquième jour après l'accident.

Autopsie cadavérique. — Les parois du conduit auditif étaient intactes, la membrane du tympan déchirée, et ses lambeaux adhérens au cercle osseux qui l'entoure. La caisse du tympan, ouverte par sa partie supérieure, était pleine de pus qu'on absterges doucement avec un filet d'eau, et l'on vit alors le marteau, l'enclume et l'os lenticulaire, détachés, et hors de leur situation naturelle, n'offrant plus aucune connexion avec la membrane du tympan, ni entr'eux: on ne put trouver le quatrième osselet, l'étrier. La fenêtre ovale, qui est habituellement fermée par la base de l'étrier, était ouverte, et l'on n'apercevait à sa circonférence qu'un petit lambeau de la membranule qui l'unit à la base de cet osselet. La corde du tympan était divisée dans sa partie moyenne. La cavité du vestibule fut ouverte en-dedans, afin de laisser intacte la fenêtre ovale, et laissa voir tous les vaisseaux de la membrane qui tapisse cette cavité, ainsi que le labyrinthe, très-injectés. La portion molle du nerf auditif qui s'y distribue n'était plus reconnaissable, et au milieu de ces parties molles de l'oreille interne, on retrouva la base de l'étrier et une de ses branches. Les canaux demi-circulaires n'offrirent aucune lésion; leur membrane était seulement rouge et injectée. L'ouverture du crâne fit voir la dure-mère épaissie, et les vaisseaux qu'elle contient notablement gorgés de sang, et donnant à son tissu une teinte rouge. Le tissu sous-jacent à l'arachnoïde était enflammé; un épanchement séro-purulent, d'un vert-jaunâtre, s'étendait au-dessus de la pie-mère et pénétrait dans les anfractuosités cérébrales que tapisse cette membrane. Tous les vaisseaux de cette dernière étaient considérablement injectés, et lui donnaient une couleur rouge-foncée uniforme sur laquelle se dessinaient les sinuosités jaunâtres dues à la

suppuration. La substance corticale du cerveau offrait un degré de consistance bien plus grand que dans l'état normal. Tous ses vaisseaux étaient manifestement gorgés de sang, très-injectés, et ces caractères de l'inflammation devenaient moins prononcés au voisinage de la substance blanche. La couleur rouge des méninges et l'exsudation puriforme étaient bien plus considérables sur la saillie du rocher, là où l'inflammation de l'oreille avait existé. Les méninges qui correspondaient au cervelet offraient la même altération; cette partie de l'encéphale présentait aussi plus de consistance dans la substance grise que dans la substance blanche: ce changement était également plus marqué dans le voisinage de la portion pierreuse du temporal gauche, dont la face correspondante était d'un rouge obscur. L'injection des vaisseaux des plexus choroïdes était aussi beaucoup plus grande à gauche qu'à droite. Les ventricules ne contenaient pas de sérosité (*Nuovo Mercurio delle Scienze mediche* fasc. de janvier 1829; Livourne.)

Ulcération de la cornée transparente produite par défaut d'alimentation; *observ. de M. J. Brown, D.-M.* — L'auteur donnait des soins à un enfant de six mois qui était né avant terme, n'avait jamais pris le sein, et qu'on nourrissait artificiellement avec du lait d'anosse et du biscuit réduit en poudre. Depuis sa naissance, cet enfant était en proie à une affection du canal alimentaire; et la faiblesse des organes digestifs était telle, que le peu de nourriture qu'on lui administrait, passait sans éprouver d'altération et sans lui porter aucun profit. Sa maigreur était extrême et telle qu'on apercevait distinctement les mouvemens des intestins à travers les parois de l'abdomen. M. Brown le voyait depuis dix jours, lorsqu'il observa à sa grande surprise, que, sans inflammation préalable, et pour ainsi dire, subitement, les deux cornées étaient devenues opaques dans une grande partie de leur étendue, et que l'ulcération avait commencé à s'établir. Le lendemain cette ulcération avait fait des progrès si rapides que l'auteur pense que, si le petit malade avait vécu vingt-quatre heures de plus, les yeux se seraient certainement vidés.

Il rapproche ce fait de ceux qu'a observés M. Magendie dans ses expériences sur des chiens qu'il nourrissait avec du sucre (*The Edimb. Journ. of med. Science*, et *Lond. med. and phys. Journ.*; mars 1827.)

Tumeur hydatique simulant une hernie crurale. — *Observ. par le docteur Pigeotte, médecin de l'Hôtel-Dieu de Troyes.* — Au moment de procéder à l'ouverture du cadavre d'une femme de 73 ans, morte à la suite d'une hypertrophie du cœur, on remarqua, sur le trajet du pli de la cuisse de chaque côté, une tumeur qui offrait

toutes les apparences des tumeurs herniaires. La tumeur qui était à droite, et qui avait la forme et le volume d'un œuf aplati, était en effet formée par une anse d'intestins que le taxis réduisit sans beaucoup d'efforts, en laissant entièrement libre l'ouverture qui lui avait donné issue. La tumeur qui était à gauche, beaucoup plus petite que la précédente, ne céda point aux efforts tentés pour la réduire, et offrait les caractères suivans : sa grosseur était celle d'une petite noix; sa forme globuleuse, sans collet ni rétrécissement à sa base; sa dureté n'empêchait pas de reconnaître qu'elle avait une élasticité remarquable; elle était placée immédiatement au-dessous du bord inférieur du ligament de fallope, et à une distance à-peu-près égale de la symphyse du pubis et de l'épine iliaque supérieure et antérieure; ressemblant ainsi assez bien aux hernies que les praticiens appellent marronnées. On crut d'abord que la tumeur était formée par une portion d'intestin engagée depuis long-temps sous l'arcade crurale, et retenue au dehors par des adhérences que le sac qui l'enveloppait avait contractées. La dissection montra qu'elle était formée par une hydatide de la grosseur d'une noisette de Provence, mais un peu alongée et ovoïde. Ce corps globuleux reposait près des ganglions lymphatiques de l'aine sur le bord inférieur du ligament de fallope, auquel il adhérait par des filets celluleux qui semblaient se détacher de sa tunique. *(Clinique des hôpitaux*, n.° 84.)

Thérapeutique.

EFFETS COMPARATIFS DE L'AMMONIAQUE LIQUIDE ET DES AFFUSIONS FROIDES DANS L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE HYDROCYANIQUE; *par le docteur E. F. Gust. Herbst.* — Les phénomènes observés chez les animaux auxquels on a fait prendre de grandes quantités de cette substance, ne permettent guères de douter que le premier effet ne soit une excitation immodérée du système nerveux, par suite de laquelle la sensibilité de ce dernier s'épuise rapidement. Bientôt survient la période de paralysie, de relâchement de tous les tissus, d'insensibilité, etc., que la mort ne tarde pas à terminer. Les moyens à employer contre l'acide hydrocyanique doivent donc être de nature à rétablir la sensibilité éteinte du système nerveux. Parmi les antidotes proposés, l'ammoniaque a particulièrement fixé l'attention. Cet alcali diminue, il est vrai, l'effet de l'acide hydrocyanique, surtout lorsqu'on l'administre immédiatement après l'ingestion de ce dernier, et que la dose du poison n'était pas assez forte pour que la mort pût en être la conséquence, si l'animal eût été abandonné à lui-même; mais s'il s'est écoulé quelque temps depuis l'ingestion de l'acide, et si la dose de celui-ci était assez considérable pour produire la mort, l'ammoniaque n'a plus l'effet qu'on en atten-

dait. En outre, si on l'emploie étendue d'eau, son action est moindre. Si on l'emploie pure, elle excorie à l'instant même les parties qu'elle touche. Lorsqu'on se sert de l'ammoniaque liquide pure après l'administration d'une dose d'acide hydrocyanique suffisante pour occasionner la mort, le résultat ordinaire est celui-ci : l'animal, qui se trouve dans un état spasmodique, recouvre tout-à coup l'usage de ses muscles, se relève, court à quelques pas de distance, retombe et reste couché dans le même état qu'auparavant; seulement le spasme n'est pas aussi fort. Il reste ainsi jusqu'à ce que, stimulé par une nouvelle dose d'ammoniaque, il puisse encore marcher quelques pas pour retomber aussitôt après dans l'état d'où il venait d'être tiré. Si l'on répète les doses d'alcali, l'animal recouvre pour un temps plus long l'usage de ses muscles, et se rétablit peu-à-peu; mais dans la plupart des cas, l'ammoniaque cesse, après les premières doses, de produire aucun effet sensible : la vie est prolongée, mais elle n'en finit pas moins par s'éteindre. On ne doit pas oublier, d'ailleurs, que la difficulté d'avaler qui existe après l'ingestion d'une forte dose d'acide hydrocyanique, rend incertaine ou nulle l'administration de l'ammoniaque.

On arrête plus sûrement les effets de l'acide hydrocyanique en faisant continuellement des affusions d'eau froide sur la tête et le dos des individus empoisonnés par cette substance, si l'on en juge du moins d'après des expériences faites sur des animaux, particulièrement sur des chiens. L'acide hydrocyanique a été administré à des chiens et des chats, à divers degrés de concentration, de plusieurs manières et dans des circonstances différentes; les animaux empoisonnés se rétablirent parfaitement et très-promptement sous l'influence des affusions d'eau froide. Dans les cas où la dose du poison a été trop forte, et où la mort survient avant qu'on commence les affusions, il n'y a sans doute rien à en attendre. Mais des quantités d'acide qui pourraient tuer un animal en peu d'instans, ne laissent pas de suites fâcheuses quand on emploie les affusions à temps; et les animaux empoisonnés ne présentent plus aucune trace de maladie au bout de quelques heures, et quelquefois même plus tôt. Lorsqu'on a employé des quantités d'acide hydrocyanique assez faibles pour ne point être mortelles par elles-mêmes, deux ou trois affusions suffisent pour faire disparaître tous les désordres; si la dose est plus considérable, il faut répéter plus souvent et prolonger davantage l'emploi des affusions. Le succès de ce moyen dépend aussi de la célérité qu'on apporte à le mettre en usage. On peut compter sur lui lorsqu'on l'emploie immédiatement après l'ingestion de l'acide hydrocyanique ou au moins pendant la période du spasme, tandis que les muscles sont dans l'état de contraction, que les yeux durs, fixes,

insensibles et immobiles dans leurs orbites, la tête penchée en arrière, et les extrémités étendues droites. Même pendant la période de relâchement général qui suit, les affusions froides peuvent ranimer la vie près de s'éteindre. Il se manifeste alors un nouveau spasme dans les muscles, qui deviennent durs; les extrémités redeviennent immobiles, et tout rentre peu à peu dans l'état normal.

Le docteur Herbst rapporte plusieurs des expériences sur lesquelles s'appuient les données précédentes. Nous ne reproduirons que l'une d'elles : deux jeunes barbets furent choisis pour faire une expérience comparative; tous deux d'une égale grosseur, ayant le même âge, ayant été nourris de la même manière. Quatre gouttes d'acide hydrocyanique d'Ittner furent d'abord données à l'un d'eux. L'animal devint agité et vacillant dans sa marche, mais ne tarda pas à se rétablir. Après avoir avalé huit autres gouttes, il jette des cris pitoyables et, couché sur le côté, vomit un peu de mucosités. Quoiqu'il fût très-affaissé, il se rétablit cependant; l'opisthotonos cessa, et ce ne fut qu'après une troisième dose de quatre gouttes qu'il périt subitement, de manière que sa mort eut lieu dans l'espace de quatre minutes à dater de la première dose administrée. La quantité d'acide qui lui avait été donnée s'élevait à environ six grains. La même quantité d'acide fut donnée à la fois à l'autre barbet; ce qui rendit l'effet plus fort. L'animal tourna d'abord sur lui-même, chancela, puis tomba sur le côté gauche, incapable de se mouvoir davantage et privé de tout sentiment. La tête était fortement renversée en arrière, et les pattes étaient étendues. Une demi-minute à peine après l'expérience, la respiration était imperceptible, et à peine sentait-on encore les battemens du cœur. Les muscles étaient déjà relâchés, l'animal semblait déjà mort. Des affusions froides furent alors promptement pratiquées sur la tête : d'abord l'eau froide parut ne rien changer à son état. Le premier signe de retour à la vie fut le rétablissement de l'opisthotonos; les pattes, qui étaient dans le relâchement, redevinrent raides et étendues, et l'animal poussa un cri plaintif, d'abord faible, mais qui ne tarda pas à devenir plus fort. La raideur du corps dura pendant long-temps; le corps entier fut arrosé avec de l'eau; les cris continuèrent; le contact du ventre, qui était tuméfié et dur, paraissait causer de la douleur. Les affusions furent prolongées ainsi pendant un quart d'heure, et la respiration devint un peu plus forte; elle faiblit encore lorsqu'on les interrompit, mais reprit de l'énergie quand on les recommença. Vers huit heures du soir, l'animal était parfaitement rétabli; il courait, aboyait et mangeait comme s'il ne lui fut rien arrivé. (*Archiv. d'anat. et de physiol. de Meckel*, 1828, n.° 3. *Journ. hebdom. de méd.* 1829. *n.°* 14. *Journ. complém. des Sc. méd.*, mars 1829.)

Nouvelle méthode de traitement des déviations de la colonne vertébrale, *par le docteur Christian Heiberg.* — Cette méthode, que le docteur Heiberg emploie avec beaucoup de succès depuis plusieurs années, d'après les conseils du professeur Thulstrup, chirurgien en chef de l'armée de Norwège, consiste dans la cautérisation superficielle de la peau, pratiquée de la manière suivante : avec un cautère, de forme prismatique, chauffé jusqu'au rouge, on pratique, du côté concave de la courbure (si le rachis n'est dévié que dans un sens), une cautérisation longitudinale, distante d'un pouce à un pouce et demi de la saillie des apophyses épineuses. Cette traînée de feu ne doit pas être faite trop rapidement. Elle commence à la partie la plus élevée de la déviation, et se prolonge jusqu'à sa partie inférieure, dépassant un peu l'une et l'autre extrémités de la courbure. Le cautère ne doit être appuyé que modérément, de manière à ce que l'escarrhe n'intéresse pas toute l'épaisseur de la peau, le principal but de cette cautérisation étant de ne produire qu'une irritation momentanée. Si le rachis est dévié dans deux régions différentes, on pratique autant de cautérisations, et toujours du côté concave de la courbure. L'effet résultant de cette application varie suivant le degré de l'incurvation; cependant on observe constamment un redressement notable, et qui est quelquefois vraiment remarquable.

Quand la courbure est légère, on voit à l'instant même où la cautérisation vient d'être effectuée, la colonne vertébrale se redresser, et ses apophyses épineuses former une saillie longitudinale et régulièrement droite : si la courbure est peu prononcée, on remarque, à mesure que le cautère est appliqué plus inférieurement, que la colonne dorsale s'étend sensiblement, et forme une inflexion bien moindre. Dans ce dernier cas, quand le redressement ne s'est pas effectué ainsi pendant l'application du feu, si on a l'attention de laisser le malade pendant quelques heures dans la même position que celle qu'il avait lors de la cautérisation, on voit, au bout de ce temps, l'épine tendre à s'alonger davantage. Au bout de deux ou quatre heures, on couvre la partie cautérisée avec une compresse imbibée d'huile, le malade est ensuite couché sur le dos, étendu sur un matelas de crin assez dur, et deux personnes placées, l'une aux pieds et l'autre à la tête du lit, exercent, à l'aide des bras et des pieds du malade, deux extensions en sens contraires afin d'étendre l'épine : on conçoit que les lits construits à cet effet remplissent encore bien mieux cette indication. Le coucher maintenu ainsi en supination ne cause habituellement aucune douleur bien grande pendant les deux premiers jours, mais le troisième le malade commence à se plaindre d'une douleur plus ou moins aiguë, qui est quelquefois assez intense pour entraîner une insomnie complète pendant une ou deux nuits.

Au cinquième ou sixième jour l'escarrhe commence à se détacher, la plaie suppure abondamment, et les douleurs s'appaisent. Après le second ou le troisième jour, il convient de panser le dos chaque jour, tout en obligeant le malade à conserver constamment la nuit et le jour le coucher en supination, et deux fois par jour on exerce pendant quelque temps l'extension du tronc.

Quand la plaie du dos est guérie, le docteur Heiberg permet au malade de se lever pendant quelques instans, afin de pouvoir apprécier mieux les changemens qui se sont opérés dans l'incurvation de l'épine, et mesurer en même temps la hauteur de l'individu. Il a toujours vu après ce premier traitement une amélioration très-grande dans l'incurvation de la colonne vertébrale, et la taille du malade accrue souvent d'un pouce et demi et même davantage. Si une seule cautérisation n'a pas suffi pour faire redresser parfaitement l'épine, quelques jours après que la cicatrisation de la première est effectuée, on renouvelle l'application du feu, qu'on réitère deux, trois ou quatre fois, en procédant toujours de la même manière, jusqu'à ce que le redressement soit parfait. Le docteur Heiberg assure avoir vu constamment les déviations diminuer au moins très notablement, et la taille des malades augmenter en hauteur à tel point chez quelques-uns que leurs vêtemens étaient devenus trop courts.

Lorsqu'on a obtenu le redressement du rachis, il n'arrive pas toujours que les côtes fassent une saillie égale des deux côtés : alors, en prolongeant davantage le coucher en supination, on parvient à faire disparaître cette difformité. Quand la taille est tout-à-fait droite, on fait faire des frictions avec l'alcohol ou l'ammoniaque sur la région qui correspondait à la concavité de la courbure, et avec de l'huile d'olives sur la région qui correspondait à sa convexité. Le docteur Heiberg veut aussi que, dès les premiers temps de la guérison, le malade ait le tronc maintenu pendant quelque temps à l'aide d'un corset mécanique.

Au rapport de l'auteur et du docteur Julius, on a guéri par cette méthode des individus qui avaient été soumis inutilement aux autres genres de traitement des déviations de l'épine, par les chirurgiens les plus habiles de Paris et de Londres. (*Magazin der Auslændischen literatür der Gesamm. Heilkund*; juillet et août 1828.)

ANGINE DIPHTHÉRIQUE TRAITÉE PAR L'INSUFFLATION DE L'ALUN ET L'ADMINISTRATION DU CALOMEL. — *Observations communiquées par le docteur Giraudet.* — *Obs.* I.re — Louise Corre de Busset (Allier), âgée de 13 ans, tempérament lymphatico-sanguin, bien constituée, ayant toujours joui d'une bonne santé, se plaignait depuis quelques jours d'un malaise général, de douleurs vagues qu'elle rapportait tantôt à la gorge, tantôt à la partie moyenne du thorax. Sa respiration, d'a-

bord assez libre, devenait de plus en plus gênée, la déglutition plus difficile. Quelques quintes de toux avec menace de suffocation donnèrent l'alarme aux parens. Appelé le 7 janvier 1828, voici l'état dans lequel je trouvai la jeune malade : face altérée; air de souffrance et d'abattement; amaigrissement considérable; narines sanguinolentes; lèvres légèrement tuméfiées, sales; gencives saignantes; haleine d'une fétidité repoussante; langue sèche, lancéolée, blanche à la base, rouge sur les bords. Les amygdales et le pharynx sont tapissés de concrétions très-épaisses, d'un blanc jaunâtre, et qui s'étendent au-delà de la portée de la vue; gonflement des ganglions sous-maxillaires; douleur à la partie antérieure du cou; voix faible et nazillarde, à peine peut-on comprendre ce qu'elle exprime; toux sèche, fréquente, pénible; sifflement laryngo-trachéal peu prononcé; crachats salivaires spumeux, abondans; expansion pulmonaire faible; point de râle; appétit presque nul; soif vive; déglutition extrêmement difficile; liquides rejetés par le vomissement; épigastre douloureux à la pression; selles rares; peau chaude et sèche; pouls filiforme, 132 pulsations; somnolence habituelle.

L'ensemble des symptômes, leur intensité, ne me laissaient aucun doute sur le diagnostic de cette affection (diphthérite de M. Bretonneau) et sur le traitement à suivre; je m'empressai donc de porter, à plusieurs reprises, l'alun réduit en poudre sur les plaques couenneuses qui recouvraient les amygdales et le pharynx; j'ordonnai le calomel à la dose d'un grain toutes les heures, des fomentations émollientes furent placées sur l'épigastre. Le lendemain, 8 janvier, aucune amélioration sensible; la malade refuse de répondre aux questions qu'on lui adresse, et porte sans cesse la main au devant du larynx; elle n'a pas eu de quintes de toux; continuation des mêmes moyens que la veille, application de deux vésicatoires aux extrémités inférieures. Asphyxie lente, mort dans la nuit. Malgré toutes mes instances, je ne pus obtenir des parens de faire l'ouverture.

Obs. II.e — A la même époque, Claudine Corre, âgée de 8 ans, Claude Corre, âgé de 6 ans, frère et sœur de la précédente, Anne Corre leur mère, âgée de 38 ans, tous trois d'une bonne constitution et habituellement bien portans, éprouvèrent, le même jour et à quelques heures de distance seulement, la plupart des symptômes de l'angine diphthérique. Cette maladie qui, à son début, présentait les signes les plus graves, a parcouru ses périodes d'une manière tellement uniforme chez les trois individus qui en ont été atteints, que j'ai cru pouvoir présenter son histoire dans une même observation.

Le lendemain du jour de l'invasion, gonflement des amygdales; concrétions lichénoïdes, d'un blanc jaunâtre à leur surface, bornées à une étendue de quelques lignes vers le pharynx; haleine extrême-

ment fétide; douleur au-devant du cou; déglutition difficile; toux sèche, répétée. Expansion de mucosités blanches et filantes; dyspnée après chaque effort de toux; voix nazonnée; expansion pulmonaire libre; râle sibilant peu prononcé; langue humide, blanchâtre; appétit nul; soif; abdomen indolent; selles rares; peau chaude et sèche; mouvement fébrile très-marqué; agitation extrême.

(Trois insufflations d'alun, six grains de calomel en douze prises aux deux enfans; un grain toutes les heures à la mère; lavemens émolliens; diète absolue.)

Le 2.e jour, toux plus humide, haleine un peu moins fétide; persistance des autres symptômes. *(Mêmes moyens que la veille.)*

Le 3.e jour, fréquence du pouls moindre; peau moite; nuit calme; toux plus rare; expectoration de crachats muqueux, jaunâtres, épais; point de râle; la petite fille a eu quatre à cinq selles liquides; la constipation persiste chez les deux autres malades; il n'existe plus de plaques couenneuses sur les amygdales ni vers l'entrée du pharynx. Ces organes paraissent d'un rouge plus vif qu'à l'ordinaire; rien de notable dans toutes les autres parties de la bouche : les ganglions sous-maxillaires ont diminué de volume, mais ces organes sont encore un peu douloureux au toucher.

Je cessai dès cet instant l'usage de l'alun et du calomel; après quelques jours d'un régime adoucissant, le rétablissement fut complet : la voix seule conservait encore un peu cet accent nazonné que j'ai signalé plus haut.

Obs. III.e — Un mois après, j'ai eu occasion d'observer de nouveau la diphthérite sur deux jeunes enfans de l'âge de 2 à 3 ans (Claude Poncet et Marie Ronchon, du village des Blettières). Chez l'un, les amygdales et le voile du palais étaient recouverts de concrétions pelliculaires extrêmement épaisses, de couleur jaunâtre; la toux était accompagnée d'un sifflement laryngo-trachéal très-prononcé; le pouls offrait 128 pulsations par minutes.

Je portai à quatre reprises l'alun réduit en poudre sur les surfaces affectées; deux jours après, la fétidité de l'haleine avait disparu; les amygdales étaient dépouillées des plaques couennenses qui les recouvraient; l'enfant avait repris son appétit, mais il conservait encore un peu de toux. Je l'ai revu quinze jours après, sa santé ne laissait rien à désirer.

Chez la petite fille, la marche de la maladie fut bien moins grave; la plupart des symptômes qui accompagnent l'angine diphthérique offraient peu d'intensité. Les deux amygdales étaient seules atteintes; mais l'haleine exhalait une odeur tout-à-fait repoussante. Trois insufflations d'alun suffirent pour faire disparaître les concrétions pelliculaires de la surface de ces organes. La toux devint plus humide,

catarrhale; la respiration moins gênée; peu-à-peu tous les autres symptômes s'amendèrent; on m'apporta cet enfant la semaine suivante, il était parfaitement rétabli. Je dois faire remarquer que, chez ces deux enfans, je n'ai pas cru devoir employer le calomel.

Emploi du tannin contre la métrorrhagie. — *Par le docteur J. Cavalier, de Draguignan.* — Depuis que nous avons signalé, dans le *tome XIV*, *pag.* 427, de ce *Journal*, les observations du docteur Porta, qui constatent l'action avantageuse du tannin dans la métrorrhagie, d'autres médecins ont préconisé ce médicament dans la même maladie, et tout récemment encore le docteur Ferrario, de Milan (*Annali universali di med.*; janvier, 1829.) — De nouvelles expériences viennent d'être faites en France par M. Cavalier, et elles nous semblent confirmer pleinement les résultats annoncés par les médecins italiens : voici les deux observations que rapporte ce praticien.

Obs. I.re — Une fille, âgée de 33 ans, était sujette, depuis plusieurs années, à un flux de sang fort abondant par l'anus, qui du reste ne troublait en rien la régularité de l'évacuation menstruelle. Ce flux sanguin redoublait pendant l'hiver et pendant l'été; il était accompagné de vives coliques et de constipation; il ne paraissait au dehors aucune tumeur hémorrhoïdale : il pouvait sans doute en exister d'internes, mais même dans cette hypothèse, et quoique le sang fût constamment rouge et vermeil, la quantité en était telle, qu'on ne pouvait s'empêcher de penser que l'intestin rectum n'était pas la seule voie par laquelle s'effectuait l'hémorrhagie, et qu'il existait une véritable exhalation sanguine intestinale, comme dans le mélœna. Sous l'influence de fatigues et de peines assez vives dans le cours de l'été 1827, l'hémorrhagie augmenta de manière à devenir alarmante, et força la malade de suspendre ses occupations et de rester au lit, le 15 septembre. Alors une métrorrhagie abondante s'était jointe au flux intestinal avec des douleurs abdominales et hypogastriques, que la pression n'augmentait pas, et accompagnées de fièvre assez vive. La position horizontale, la limonade végétale, quelques crêmes froides et quelques cuillerées d'huile d'amandes douces laudanisées, calmèrent les coliques au bout de deux jours, et l'hémorrhagie intestinale cessa, mais celle de l'utérus continua avec la même intensité. Les mucilagineux, la diète, les révulsifs, les réfrigérans de la peau, les injections de même nature, furent sans effet : on n'employa pas la saignée. Toutefois, au bout de huit jours, la métrorrhagie cessa, mais pour faire place à une nouvelle proctorrhagie : celle-ci s'accompagna encore des mêmes symptômes, céda aux mêmes moyens, et fut suivie immédiatement de la métrorrhagie. Au milieu de ces alternatives d'hémorrhagies, la malade s'affaiblissait à vue d'œil : les astringens, les

styptiques employés à leur tour, n'eurent pas plus d'action. Le toucher avait fait reconnaître qu'il n'existait dans l'utérus aucune lésion organique, appréciable du moins.

Le 10 octobre, l'hémorrhagie intestinale reparaît nonobstant la métrorrhagie, et la malade perdant son sang par les deux voies à-la-fois, est menacée de perdre la vie : le moindre mouvement était suivi de syncopes ; la face était pâle, bouffie, la langue décolorée ; le pouls cependant très-fréquent, la peau brûlante : la malade n'avait que le sentiment de la douleur causée par l'accumulation du sang dans l'utérus et le rectum, et celui du soulagement momentané qui résultait de son expulsion. A chaque instant le danger devenait de plus en plus imminent, et ce fut dans ce cas extrême que le docteur Cavalier songea à recourir au tannin, préconisé par le docteur Porta ; le 19 octobre il fut administré, suivant la formule indiquée, à la dose de 2 grains de deux heures en deux heures. Dès la nuit suivante, la double hémorrhagie parut moins abondante, et le lendemain elle était notablement diminuée : il ne se manifesta aucune irritation des voies gastriques, par suite de l'ingestion de ce médicament. Le jour suivant, la malade en prit 20 grains seulement, et le flux intestinal cessa complètement. Le 3.e jour, la même dose continuée, la métrorrhagie s'arrêta aussi ; mais une leucorrhée abondante lui succéda : ce dernier écoulement étant notablement diminué, au bout de huit jours de l'administration du tannin, on suspendit l'usage de ce médicament. La malade en avait pris en totalité 90 grains. Depuis ce moment, les deux hémorrhagies ne reparurent plus, les forces revinrent graduellement, et, malgré l'énorme quantité de sang qu'elle avait perdu, elle reprit de l'embonpoint assez rapidement ; les règles sont revenues régulièrement, et l'hémorrhagie intestinale ne s'est plus renouvelée. En commençant l'usage du tannin, le docteur Cavalier avait eu soin de suspendre toute autre préparation, ensorte que tout le succès doit être attribué au médicament employé.

Obs. II.e — Une demoiselle de 17 ans, d'une constitution délicate, s'étant livrée avec trop d'ardeur à l'exercice du saut à la corde, vit tout-à-coup une métrorrhagie abondante remplacer ses règles, qui coulaient alors : c'était au mois d'avril 1828. Comme l'hémorrhagie ne s'accompagnait d'aucune douleur, cette jeune personne ne s'occupa pas sérieusement de son état jusqu'au 5 juin, lorsque la quantité du sang perdu et la faiblesse qui en résulta la contraignirent de garder le lit. Le docteur Cavalier, appelé alors, reconnut une métrorrhagie abondante avec douleurs gravatives dans les lombes, pâleur de la face, réaction fébrile très-marquée, voies digestives saines. (*Repos absolu; limonade et crêmes froides.*) Pendant douze jours on mit successivement en usage les réfrigérans sur l'hypogastre, des potions avec

l'alcohol sulfurique, des pilules d'extrait de ratanhia et d'opium, mais sans obtenir d'amélioration. Le ventre restait indolent; mais la fièvre conservait la même intensité; la malade s'affaiblissait de plus en plus. Enfin, le 18 juin, le tannin fut administré à la même dose que chez le sujet de l'observation précédente, et au bout de quatre jours la perte fut complètement arrêtée par un gros seulement de tannin. Un léger mouvement fébrile persista environ une semaine; mais quelques jours après la malade fut assez bien pour aller à la promenade, et la santé est parfaite aujourd'hui.

A la suite de ces observations, M. Cavalier se livre à des considérations sur la nature et le traitement des hémorrhagies, à la suite desquelles il établit ces conclusions :

1.° Le tannin, à l'état de pureté, paraît posséder, outre sa vertu astringente, une propriété particulière propre à arrêter les métrorrhagies.

2.° Son mode d'action paraît assez doux et innocent pour les voies gastriques, lors même qu'on peut les supposer légèrement irritées.

3.° Les cas favorables à son administration sont ceux où l'hémorrhagie est décidément passive, ceux où elle est chronique et où elle a amené un état d'asthénie générale, et ceux où l'hémorrhagie ne pouvant être classée ni parmi les actives, ni parmi les passives, et tous les symptômes de fluxion générale ayant disparu ou ayant été combattus par les moyens appropriés, l'écoulement sanguin continue, au grand détriment de la malade, par une sorte d'habitude ou de fluxion locale permanente.

Dans les cas de maladie organique de l'utérus, il ne faut pas compter sur l'efficacité du tannin comme moyen curatif; mais il ne serait pas déraisonnable de penser que la médecine pourrait alors trouver en lui un moyen palliatif, analogue, par exemple, à l'opium, avec lequel on pourrait du reste l'associer. (*Mémorial des hôpitaux du midi et de la clinique de Montpellier*; février, 1829.)

Imperforation de l'anus chez un nouveau-né opéré avec succès, formation et extraction d'un calcul alvo-urinaire. — *Observ. de M. Miller.* — Au mois de janvier 1821, M. Miller délivra M.me M.... d'un enfant mâle bien portant, et qui ne présenta rien de remarquable pendant les trente premières heures de sa vie. Au bout de ce temps, il se mit à crier et à s'agiter beaucoup; et comme il n'avait pas eu encore d'évacuations alvines, la garde-malade découvrit qu'il n'avait pas d'anus. M. Miller, qu'on fit venir aussitôt, se convainquit, par un nouvel examen, de l'exactitude du fait, et observa qu'il n'y avait pas le moindre vestige d'anus, ni même aucune trace qui pût indiquer la place qu'il aurait dû occuper. Le méconium était rendu par l'urètre; ce qui prouvait que le rectum venait se terminer et

s'ouvrir dans la vessie urinaire. Dans un tel état de choses, il n'y avait guère d'espoir de conserver les jours de l'enfant; cependant le chirurgien résolut de tenter de pratiquer un anus artificiel. Après s'être assuré du consentement des parens, et aidé par un de ses confrères, il fit, à la place qu'occupe ordinairement l'anus, une incision d'un pouce en longueur et en profondeur; il poussa ensuite un trois-quart ordinaire dans la situation supposée de l'intestin, et il eut le bonheur, à la seconde tentative, de voir s'écouler une grande quantité de méconium par la canule de l'instrument. L'enfant parut à l'instant soulagé et redevint tranquille. La canule fut maintenue pendant quelque temps dans la place qu'elle occupait; mais les douleurs qu'elle détermina bientôt contraignirent de la retirer. Malgré cela, l'anus artificiel exécutait parfaitement bien ses fonctions; seulement il fallait faire la plus grande attention pour entretenir la liberté du passage. On essaya à plusieurs reprises l'usage des tentes faites avec de l'éponge préparée, pour maintenir le canal ouvert et tâcher d'augmenter son calibre; mais on ne put jamais les continuer à cause des douleurs violentes qu'elles causaient à l'enfant. On les remplaça par des injections d'eau de gruau tiède; ce qui, pendant quelque temps, parut réussir assez bien. Cependant, au bout d'un certain temps, en dépit de toutes les précautions qu'on avait pu prendre, le canal artificiel se rétrécit dans toute son étendue, au point que M. Miller fut obligé d'avoir de nouveau recours au bistouri pour le rétablir, et avant que l'enfant eut atteint son huitième mois, cette opération fut répétée dix fois. Dans deux occasions, l'hémorrhagie fut assez forte pour faire naître des craintes; mais elles cédèrent assez facilement à l'emploi des styptiques. Dans cet intervalle, on essaya plusieurs fois de faire usage de tentes pour entretenir et dilater l'ouverture, mais l'enfant ne put jamais en supporter la présence.

Aussitôt qu'il put marcher seul, cet enfant montra une propension extraordinaire à manger et à avaler des morceaux de braise. Ces corps, comme on le conçoit, s'arrêtaient dans le canal artificiel, l'obstruaient, déterminaient des douleurs telles, qu'il fallait nécessairement les extraire; ce qui ne laissait pas que d'être parfois très-difficile, au point de nécessiter l'emploi du bistouri. Malgré la surveillance la plus active de la part des parens, M. Miller eut à pratiquer cette opération délicate un grand nombre de fois et toujours pour la même cause. Dans un de ces cas, le corps étranger étant situé très-haut, la pointe du bistouri pénétra dans la vessie. Depuis ce moment il s'établit une fistule recto-vésicale, et une portion très-petite de l'urine s'écoula par l'anus. Les parens s'opposèrent à toutes tentatives pour guérir cette fistule; et comme, d'ailleurs, l'enfant jouissait de la meilleure santé, M. Miller ne jugea pas à propos d'in-

sister sur point. Pendant plusieurs années tout alla bien ; et l'enfant, quoique un peu maigre, était presque aussi grand et aussi fort que les autres enfans de son âge; l'anus, même dès les premiers temps de son établissement, était complètement soumis au pouvoir de la volonté, et il différait si peu de l'état naturel qu'il était presque impossible de reconnaître qu'il y avait eu là un vice de conformation. Il y a environ trois ans que la mère du jeune malade, voulant lui donner un lavement, s'aperçut qu'un corps dur s'opposait à l'introduction de la canule; mais craignant pour son fils une nouvelle opération, elle n'en parla que très-vaguement, et quoique elle sentit parfaitement que cet obstacle augmentait régulièrement, elle garda le silence jusqu'à ce que, l'obstruction étant complète et l'enfant n'ayant pas eu d'évacuations pendant plusieurs jours, les douleurs devinrent telles qu'on fut obligé d'appeler M. Miller. Ce chirurgien, à sa grande surprise, découvrit bientôt que l'obstacle consistait en une concrétion calculeuse d'un grand volume, qui obstruait complètement le canal, et qu'on pouvait très-facilement sentir à l'aide d'une sonde introduite par l'anus. Comme cette ouverture était trop petite pour permettre l'introduction du doigt, M. Miller l'aggrandit à l'aide du bistouri, et il reconnut bientôt que le calcul occupait toute la concavité du sacrum. On ne pouvait songer à l'extraire entier, car les os du bassin eux-mêmes s'y seraient opposés; en conséquence, il résolut de le briser en plusieurs morceaux et de les extraire successivement. A cet effet, il commença par le tarauder dans plusieurs sens à l'aide d'instrumens appropriés, et après de nombreux et pénibles efforts il parvint enfin à le diviser et à en extraire les fragmens. En réunissant ces derniers, il s'assura que le calcul avait au moins le volume d'un œuf de dinde, qu'il était dur et inégal en dehors et formé de trois substances bien distinctes : un noyau pierreux, une couche spongieuse formée de fibrilles entrelacées, et une croûte extérieure de matière terreuse. Le tout fut remis au docteur Christison pour l'examiner et en faire l'analyse. Ce chimiste habile constata que le noyau central n'était autre chose qu'un caillou ordinaire arrondi et couvert d'une couche terreuse très-mince; que la seconde couche était d'une texture lâche, spongieuse, comme veloutée et formée presque entièrement de fibres soyeuses, très-fines, d'une ligne de longueur environ, qui brûlaient comme les matières végétales et ne se dissolvaient ni ne se gonflaient dans la potasse caustique, et, qu'enfin, la couche extérieure, dont l'épaisseur variait depuis un demi-pouce jusqu'à trois quarts de pouce, était de la nature du calcul fusible, c'est-à-dire un mélange de phosphates. Les fibrilles qui formaient la seconde couche étaient parfaitement semblables à celles qui constituent le pinceau du grain d'avoine, et qui,

comme Wollaston l'a découvert, forment la portion spongieuse de certaines concrétions intestinales humaines qu'on rencontre si souvent en Ecosse. Très-peu de temps après l'opération, l'enfant était parfaitement rétabli; mais l'auteur ne dit pas s'il conservait encore la fistule recto-vésicale. (*The Edimb. med. and. surg. Journ.*, janvier 1829.)

Coxalgie avec alongement du membre, guérie au moyen du cautère. — *Observ. par le docteur Lacroix, d'Orbec.* — Une petite fille de 7 ans et demi, lympbatique, très-délicate, ressentit, à la fin d'octobre 1825, quelques jours après avoir fait une chute sur la hanche, des douleurs assez vives qu'elle rapportait à la partie latérale gauche de l'abdomen. Un liniment calmant et des lavemens émolliens et anodins ne produisirent aucun amendement. Cependant, avec le temps, les douleurs se calmèrent insensiblement : l'enfant continua de marcher; l'on n'y fit plus attention. Mais à la fin de janvier suivant, la mère s'aperçut, en babillant sa fille, que la jambe gauche était plus longue que l'autre, et l'amena au docteur Lacroix. Le membre, en effet, dépassait l'autre d'un bon pouce; la hanche gauche et toute l'étendue de l'articulation coxo-fémorale du même côté étaient le siége d'un gonflement très-notable et de douleurs assez fortes, surtout à la pression. (*Repos absolu; application de sangsues suivie de celle de cataplasmes émolliens pendant plusieurs jours; puis large vésicatoire volant à l'intérieur; teinture amère de gentiane; vin vieux à haute dose; régime analeptique.*) Ce traitement produisit une amélioration; mais la situation de l'enfant était loin d'être rassurante. Un morceau de potasse, proportionné à l'étendue de la perte que l'on voulait obtenir, fut alors appliqué sur le centre de l'articulation malade; cinq gros pois d'iris furent placés dans le fonticule qui succéda à la chute de l'escarre. Une suppuration abondante et de bonne nature s'établit; elle fut entretenue pendant cinq à six mois. Insensiblement la tuméfaction diminua; le membre alongé revint par degrés au niveau de l'autre. A mesure que ce changement favorable s'opérait, on diminuait l'étendue du cautère en ôtant un pois de temps en temps. Les forces de la malade étaient soutenues par un régime et des médicamens adaptés à la nature du mal et à la faible constitution du sujet. L'enfant a été guéri : il n'y a point eu de claudication. Cette observation, qui n'offre rien de nouveau, sous le rapport du traitement employé, est intéressante en ce qu'elle offre un exemple rare de guérison de coxalgie à un degré assez avancé. (*Journ. génér. de méd.*; février, 1829.)

Opération d'un sarcocèle volumineux; dissection porsuivie jusque dans l'abdomen; *par le professeur Delpech.* — L. R., âgé de 36 ans, brasseur, d'une taille élevée, maigre, d'une constitution assez frêle,

d'un tempérament lymphatico-nerveux, se fit, au mois de juin 1827, une forte contusion au testicule droit. La douleur fut vive et suivie d'engorgement; cependant le malade ne fut pas contraint de suspendre son travail. La résolution de l'engorgement se fit d'une manière incomplète. Le testicule conserva d'abord une partie de son intumescence. Il augmenta ensuite, mais d'une manière insensible et sans de bien vives douleurs. En septembre 1828, la tumeur acquit un grand développement dans le sens de l'épaisseur. Un médecin croyant l'engorgement vénérien, fit faire un traitement antisyphilitique, pendant lequel la maladie fit ses progrès ordinaires. Un autre prescrivit l'usage de cataplasmes et de bains. L'accroissement de la tumeur et l'augmentation des douleurs firent des progrès bien plus rapides. L. R. entra alors à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier, le 6 décembre 1828; il était affaibli, pâle, amaigri; teint ni jaune ni paille; sommeil assez paisible; appétit et digestion bonnes. Sur le matin et dans le jour, vives douleurs, lancinantes, brûlantes, qui partant du côté droit du scrotum, allaient finir à la région lombaire droite. Tumeur du volume de la tête d'un fœtus de six à sept mois, sphéroïde, avec un prolongement supérieur; son côté gauche présentait une rainure profonde, dans laquelle la racine et le corps de la verge étaient ensevelis. On distinguait par le toucher que l'urètre et le corps caverneux gauche étaient libres, quoique enfouis; mais le corps caverneux droit ne pouvait être distingué. La tumeur était, en outre, assujettie sur le bassin, non pas de manière à ne pouvoir subir quelques légers déplacemens latéraux, mais à ne pas toucher dans le fond du scrotum; elle était maintenue à la hauteur du pubis. Elles présentait quelques bosselures en-devant et en bas; mais elle avait partout une telle dureté qu'il était impossible de soupçonner nulle part la substance du testicule conservée; il était entièrement confondu avec elle. Le prolongement supérieur de cette masse présentait la même fixité, la même dureté, les mêmes bosselures. Il s'étendait, en décroissant insensiblement de volume, à travers le canal inguinal, et en suivant sa direction oblique, jusque sur la margo du bassin. Là, il se divisait en deux parties, dont une se plongeait dans le petit bassin, en suivant la direction du canal déférent, et l'autre se prolongeait dans la fosse iliaque. Le toucher, facilité par la maigreur du sujet, ne faisait pas découvrir d'autre tumeur dans le bassin, dans la fosse iliaque, aux lombes ou dans l'addomen. La peau qui recouvrait la tumeur était mince et adhérente dans la partie antérieure, saine et libre dans tout le reste. Une pression forte de la tumeur causait une douleur d'abord légère qui ne cessait pas avec sa cause et qui acquérait plus d'intensité quelque temps après. Respiration libre; ni oppres-

sion ni toux ; pouls fréquent et vif. Le soir, quelques frissons passagers, et la nuit un peu de chaleur.

L'opération fut décidée et exécutée ainsi qu'il suit, le 8 decembre : une grande incision s'étendit d'un seul trait, de trois pouces au-dessus de l'anneau inguinal, dans l'axe du canal de ce nom, jusques à la face postérieure du scrotum, passant près de la verge. Une seconde, se confondant avec les extrémités de la première, s'en écartait de trois pouces dans sa partie moyenne, et comprenait dans cet espace toute la portion de la peau du scrotum qui avait eu des rapports avec la tumeur. Ces deux sections furent poussées perpendiculairement jusques au tissu propre de la masse à extraire. La lèvre interne de la première et l'externe de la seconde furent disséquées assez près de la tumeur pour ne pas sacrifier inutilement le tissu cellulaire sain. Cette dissection, assez aisée en-dehors, fut plus difficile en dedans à cause des rapports de la tumeur avec la verge. Cet organe était placé dans une rainure très-profonde du côté interne de la tumeur, et celle-ci le surmontait de toute la saillie que son volume donnait à la région antérieure. L'opérateur prit le parti d'enlever la moitié antérieure de l'épaissenr de la masse, ce qui fut fait aisément et sans hémorrhagie ; après cette ablation, la dissection devint moins difficile. On put glisser les doigts entre le corps caverneux droit et le point correspondant de la tumeur. La région postérieure fut mieux isolée ensuite de la paroi postérieure du scrotum et de la région antérieure de l'os pubis. L'opérateur ouvrit alors la paroi antérieure du canal inguinal et celle de l'abdomen dans une étendue de deux pouces, et successivement de trois : le prolongement supérieur-externe ne put être découvert en entier qu'à ce prix ; mais il fut évident en même temps qu'on ne pourrait pas disséquer par cette voie le prolongement supérieur interne qui semblait suivre le canal déférent. En disséquant la face postérieure de la tumeur, on avait découvert aisément l'os pubis, l'arcade crurale ; on avait même aperçu l'angle inférieur de l'anneau ; le tissu cellulaire était moins altéré de ce côté ; il devait offrir quelques facilités pour cette partie périlleuse de l'opération ; on renversa donc la masse entière sur l'abdomen ; et la faisant tirer en haut et en dehors, au moyen d'une double airigne, mouvement qui fut singulièrement facilité par la section déjà faite de la paroi antérieure du canal inguinal, l'opérateur obtint un espace fort commode par lequel il put plonger réellement dans le bassin, avec le prolongement de la tumeur qu'il poursuivait. Dès les premiers progrès de la dissection, l'artère épigastrique fut reconnue, embrassant en sautoir la face profonde de la masse cancéreuse. On y fit deux ligatures entre lesquelles on la coupa. Après quoi, il fut aisé de pousser la dissection au point nú-

cessaire, et de couper très-bas le canal déférent, véritable pédicule de cette partie du cancer. On disséqua alors plus aisément le prolongement supérieur externe qui suivait les vaisseaux testiculaires dans la direction de la marge du bassin; mais par son côté interne, il s'agissait de le séparer du péritoine avec les doigts. Dans un point peu étendu cette membrane était identifiée avec la tumeur. Le sacrifice en fut fait. Aussitôt une partie de l'épiploon se présenta; elle fut réduite et contenue par le doigt d'un aide, pendant le reste de l'opération. Le dernier prolongement du cancer fut enfin dégagé, et les diverses parties constituant le cordon testiculaire coupées lentement et successivement, tendues sur le doigt indicateur de l'opérateur, afin de lier exactement tous les vaisseaux artériels : il s'y trouva deux artères spermatiques, dont une volumineuse et hypertrophiée. — L'opération terminée, on revint au corps caverneux droit pour l'examiner plus à l'aise; on enleva une couche de la masse cancéreuse qui y était demeurée attachée. Les adhérences en étaient purement inflammatoires. On avait lié au fur et à mesure de leur section, dans le cours de l'opération, deux artères honteuses externes ou scrotales, et l'artère dorsale droite de la verge. On rechercha ensuite scrupuleusement tous les vaisseaux qui pourraient réclamer le même soin : on n'en découvrit que deux. Toutes les ligatures furent coupées court, excepté celles de l'artère épigastrique et des deux spermatiques, dont on conserva un chef. — On rapprocha ensuite et l'on fixa l'un contre l'autre, les deux bords de la plaie par des points de suture entrecoupée, placées de pouce en pouce, non dans l'espérance de réunir immédiatement cette vaste plaie, mais au moins pour obtenir l'adhésion des tiers supérieur et inférieur, où la suppuration aurait eu des inconvéniens. On s'abstint d'appliquer des bandelettes agglutinatives; on y suppléa par une compression générale et modérée, exercée par des tas de charpie et un bandage imité du *double spica*.

La dissection de la tumeur et de ses embranchemens présenta une masse squirreuse homogène. Une partie assez étendue, située inférieurement fut d'abord prise pour une masse cérébroïde; il fut constaté que c'était la substance intacte du testicule, qui présentait un volume égal à-peu-près à celui de cet organe.

Les suites de l'opération ont été assez simples et n'exigèrent que le soin de placer une sonde dans la vessie à cause de la rétention d'urine, et deux saignées. Le 13, on fait le premier pansement : les lèvres de la plaie ne sont réunies que dans le tiers supérieur et dans le scrotum. La section qui ouvrait le canal inguinal s'en trouve recouverte. La réunion doit avoir oblitéré la voie par laquelle l'épiploon s'échappait, puisqu'il ne s'est pas fait d'autre déplacement. Dans le

tiers moyen, les bords de la plaie ne sont pas réunis entre eux, mais ils le sont avec les parties sous-jacentes. La plaie suit une marche régulière. Le 20, le malade est parfaitement bien, la plaie qui correspond au corps caverneux droit, et qui provient de la mortification de la peau correspondante, est recouverte de bourgeons celluleux de bonne nature; au-dessous est une tumeur dure : mais le travail de la suppuration y est trop franc pour qu'il y ait au-dessous quelque reste de la maladie primitive : il s'agit d'une *extravasation organique* dans les cellules du corps érectile, qui les a oblitérées, et qui a eu lieu à l'occasion de l'inflammation que le voisinage et les progrès du cancer y ont causée. — Le succès est regardé comme non douteux. (*Mémorial des hôpit. du Midi et de la clinique de Montpellier*; février 1826.)

ULCÈRES VARIQUEUX GUÉRIS PAR L'APPLICATION DE LAMES DE PLOMB. — *Obs. communiquées par le docteur Cade fils, médecin à Bourg-St.-Andréol* (Ardèche). — *Obs.* I.re — M..., d'une constitution replète et d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgé de 49 ans, fut mordu par un chien, à deux ou trois reprises, à la partie externe et moyenne du mollet, le 2 septembre 1828. Six ou huit sangsues furent appliquées autour de la plaie. Le 3, on remarque deux ecchymoses aux points atteints par la dent du chien, et une rougeur érysipélateuse dans l'étendue de deux pouces environ. (*Fomentations émollientes.*)

Le 6, le malade est levé; rougeur de la jambe plus foncée; douleur cuisante; à la place des ecchymoses on remarque deux escarres semblables à celles qui résultent de l'application de la potasse caustique. Le 14, les escarres sont cernées et commencent à se détacher. Les chairs, mises à nu par l'excision de quelques lambeaux, étaient blafardes et sanieuses. L'ulcère supérieur, de forme ovale, avait, dans son grand diamètre, qui était presque transversal, environ dix-huit lignes sur neuf à dix de largeur. L'ulcère inférieur était arrondi et de la grandeur au plus d'une pièce de 1 franc. Au-dessus de ces solutions de continuité étaient quelques veines variqueuses. Le chlorure de chaux fut employé plusieurs jours sans produire aucun effet. Le 24, les ulcères avaient les mêmes dimensions; leurs bords étaient élevés, leur surface inégale et recouverte de bourbillons sanieux; ils furent saupoudrés avec du quina après les avoir détergés avec une décoction de feuilles de noyer. Les plaies restaient à-peu-près dans le même état, seulement elles avaient été légèrement ranimées par l'écorce du Pérou. Le malade ne gardait pas le repos qui lui était conseillé. Le 1.er octobre, j'appliquai une lame de plomb sur chaque ulcère, je les assujettis avec une bande, et le malade continua à marcher comme auparavant. Le 2, les bords de l'ulcère supérieur s'étaient notablement affaissés; il n'était survenu aucun changement à l'ul-

cère inférieur, la lame de plomb s'étant déplacée. Le 3, l'ulcère supérieur n'avait plus que dix lignes environ de longueur sur cinq à six de largeur; l'inférieur était un peu moins creux, et sur l'un et l'autre on remarquait des bourgeons charnus rouges et vermeils. Le 6, les chairs de l'ulcère, qui étaient de niveau avec les bords, étaient colorées d'un rouge de scorbut; je réprimai avec le nitrate d'argent quelques bourgeons exubérans. Les jours suivans, les plaies redevinrent vermeilles. Le 15 octobre, l'ulcère supérieur n'avait plus que sept à huit lignes en longueur sur quatre à cinq de largeur; encore une partie était-elle recouverte d'une exsudation albumineuse; de manière à ne laisser proprement à nu que la largeur d'une pièce de 10 sols. La dilatation de la veine n'est plus apparente. Le 28, enfin, la cicatrice a été complète sur les deux ulcères.

Obs. II.e — X...., âgé de 55 ans, travailleur de terre, contracta, au service militaire, de grosses varices aux extrémités inférieures. En 1823, faisant à pied un voyage d'une quinzaine de lieues, sa botte le blessa légèrement à la partie interne et moyenne de la jambe gauche. La plaie, négligée, s'accrut considérablement, et, par la complication des varices, elle acquit des caractères si mauvais, qu'un médecin distingué proposa l'amputation, à laquelle le malade se refusa. Cependant la guérison eut lieu au bout de quatorze mois, sous l'influence de la compression et de cataplasmes de feuilles de tussilage. Deux ans plus tard, l'ulcère se rouvrit par suite d'un coup. Le malade eut recours au même traitemen , et cette fois neuf mois suffirent pour amener la cicatrisation. En avril 1828, X.... s'égratigna la jambe à l'endroit même de la cicatrice, et à une époque où le travail de la campagne était pressant. La plaie eut bientôt recouvré ses anciennes dimensions. Le malade se contenta pour lors de la recouvrir d'une compresse, qu'il maintenait avec une guêtre de peau lacée. Le malade vint me consulter au commencement de novembre. L'ulcère, d'un rouge pâle et sanieux, à bords durs et élevés, de forme arrondie et un peu ovale, occupait une surface de vingt lignes à deux pouces de diamètre à la partie moyenne et interne de la jambe. Le membre était recouvert de varices qui formaient *tête de Méduse* au devant du jarret. Plusieurs veines, de la grosseur du petit doigt, serpentaient autour de l'ulcère. J'appliquai sur celui-ci une lame de plomb, et je l'assujettis avec quelques doloires détachés du bandage que j'étendis au reste de la jambe et au pied. Quatre jours après, les bords de l'ulcère s'étaient affaissés, la rougeur était plus vive, et la sanie moins abondante. Je recommandai au malade d'essuyer tous les matins la feuille de plomb et de la replacer de la même manière. Peu de jours après, il la perdit, et en fut privé pendant une quinzaine. Dans cet intervalle, l'ulcère resta stationnaire. Aussitôt

que la lame fut replacée, l'ulcère se rétrécit d'une manière sensible. Plus tard, comme l'écoulement d'une sanie abondante semblait avoir arrêté les progrès de l'ulcère, le malade se lava avec du vin sucré, et la cicatrice fut complète dans les premiers jours de février. Le 6 mars, la cicatrice était solide. On y apercevait au bas une croûte d'une demi-ligne d'épaisseur, plus petite qu'une pièce de 5 sols.

Accouchemens.

Grossesse extra-utérine, extraction du fœtus par une ouverture pratiquée au vagin ; *obs. par le doct. G. Norman.* — Une femme de 41 ans, pourvue d'embonpoint, était mariée depuis douze ans sans être devenue enceinte qu'une seule fois, six mois après le mariage, et elle avait fait une fausse couche. Dans l'hiver de 1824, elle devint souffrante, elle éprouvait de la difficulté à respirer, de fréquentes palpitations de cœur, des nausées et des vomissemens ; vers cette époque, les règles cessèrent de paraître, et cinq mois n'étaient pas encore écoulés quand cette dame commença à sentir les mouvemens de l'enfant, qui augmentèrent progressivement de force, et ne permirent plus de douter de la grossesse. Le 12 octobre, il survint tout-à-coup un état de syncope pendant lequel la malade parut sur le point de succomber. De larges doses d'opium ramenèrent le calme. Le lendemain, nouveaux accidens qui furent également combattus avec avantage par le même moyen. Cette femme était au huitième mois de la grossesse, et comme on soupçonna que ces différens accidens en étaient le résultat, on se décida à hâter l'accouchement en perçant les membranes. Mais ce fut inutilement que la main, introduite dans le vagin, rechercha l'orifice de l'utérus ; on ne sentait que la tête de l'enfant qui paraissait recouverte d'une membrane épaisse, analogue aux parois de la matrice. Mais cette membrane n'était autre que la paroi postérieure du vagin, repoussée en bas par la tête du fœtus, situé derrière elle, et que l'auteur, ainsi que le docteur Day, avaient ensuite prise pour un hymen imperforé. Quand une exploration eut mis cette vérité hors de doute, on pratiqua une incision de deux pouces environ sur cette paroi du vagin, mais on ne réussit pas davantage à toucher l'orifice de l'utérus. Afin de faciliter les recherches, l'incision fut un peu aggrandie, et comme rien n'annonçait de la part du fœtus de la tendance à descendre davantage, la tête fut attirée à l'aide du crochet perforateur. Dans l'extraction de l'enfant, le cordon se rompit, et le placenta resta dans le ventre. Aucun phénomène annonçant son expulsion ne se manifestant, on introduisit de nouveau la main dans le vagin, mais sans trouver de trace du cordon, du placenta, ni sentir de contractions utérines. Cette femme succomba le 16 octobre.

A l'autopsie, on trouva le péritoine et les intestins grêles très-enflammés, le placenta adhérent au ligament large du côté droit, le cordon rompu à deux pouces de son insertion au placenta ; l'incision avait divisé la paroi postérieure du vagin ; l'orifice de l'utérus était situé au-dessus du pubis, comme dans la rétroversion de la matrice ; cet organe était tuméfié, très-dur, et sa cavité tapissée d'une membrane *decidua* très-distincte. Le cœur était flasque, ses parois ventriculaires très-amincies, et ses cavités vides de sang. (*Medico-chirurgical transact.*; vol. XIII, part. II. Londres, 1827.)

Accouchement empêché par la présence d'un calcul dans la vessie. — *Observ. de M. Threlfall.* — Ellen Griffiths, âgée de 34 ans, pâle, maigre et d'une très-mauvaise santé depuis plusieurs années, fut prise des douleurs de l'enfantement dans la nuit du 22 au 23 juin. Elle fut d'abord visitée par une sage-femme qui constata que le bassin était occupé par une tumeur volumineuse, mobile dans sa partie supérieure, mais paraissant adhérente par en bas. Cette masse était molle ; mais en la palpant avec attention, elle sentit distinctement inférieurement un corps dur du volume d'une tasse à thé. Les douleurs étaient très-fortes et le col de l'utérus très-élevé. Le 24, vers quatre heures du soir, la poche des eaux se rompit, et il s'en écoula une quantité considérable ; les douleurs redoublèrent ; le corps dur était fortement poussé en bas, et l'on put sentir la tête de l'enfant vers sept heures du soir. La sage-femme voyant que, malgré tous ses efforts, le travail n'avançait pas, fit appeler M. Threlfall, qui se rendit près de la malade le 25, vers deux heures de l'après midi. En l'examinant, il découvrit, à la partie inférieure du bassin, une tumeur dure, irrégulière, d'environ quatre pouces de longueur sur trois de largeur, et d'une épaisseur considérable. Ce corps était situé à droite près de l'échancrure sacro-sciatique, et rétrécissait le diamètre du bassin au point de ne laisser qu'un espace d'à-peu-près deux pouces et demi pour le passage de la tête qui, à chaque douleur, venait heurter fortement contre cet obstacle. Qu'était-ce que cette tumeur? M. Threlfall la regardait comme une induration squirreuse de l'ovaire droit. Comme elle était un peu mobile, il essaya d'abord de la repousser au-dessus du rebord du bassin, après avoir soulevé la tête autant que possible ; mais toutes ses tentatives furent infructueuses. Il regardait cependant comme possible que, par l'effet des douleurs qui étaient très-fortes, la tumeur pût être poussée hors du détroit du bassin, et livrer ainsi passage à la tête de l'enfant. M. Batty, qui, la veille au soir, avait examiné l'état des choses, et qui trouvait alors que la tête avait parcouru un espace considérable dans cet intervalle, était du même avis ; comme d'ailleurs le pouls était bon, que les douleurs étaient régulières ainsi que l'évacuation des urines, les deux accou-

cheurs résolurent d'attendre encore quelques heures, l'usage du perforateur et peut-être l'ablation de la tumeur étant les seuls moyens à tenter, si leurs espérances étaient déçues. En conséquence, ils ordonnèrent pour le soir *cent gouttes de laudanum*, et quittèrent la malade pour ne revenir près d'elle que le lendemain matin vers huit heures. Mais une heure avant ce temps, la sage-femme vint les chercher en toute hâte, en disant que la malade se mourait. Ils la trouvèrent en effet tellement mal, qu'ils ne virent d'autre moyen de salut pour elle que d'ouvrir le crâne de l'enfant, et déterminer de suite l'accouchement. Cette opération, quoique faite à l'instant même et sans beaucoup de difficulté, fut cependant inutile, et la malade expira vers six heures du soir. En examinant le vagin après la mort, on découvrit que la tumeur n'était autre chose qu'un calcul contenu dans la vessie. Il avait 3 pouces 5/8.e de long; 2 7/8.e de large et 2 1/4 d'épaisseur et pesait 6 onces, 5 gros et 34 grains poids de Troyes. (*The Edimb. med. and surg. Journ.*; janvier, 1829.)

Médecine-légale.

PRINCIPE AROMATIQUE DU SANG DISTINCT DANS CHAQUE ESPÈCE ANIMALE; *par M. Barruel*. — De nombreuses recherches ont conduit ce chimiste aux résultats suivans : 1.° le sang de chaque espèce d'animal contient un principe particulier à chacune d'elles; 2.° ce principe, qui est très-volatil, a une odeur semblable à celle de la sueur, ou de l'exhalation cutanée et pulmonaire de l'animal d'où le sang provient; 3.° ce principe volatil est à l'état de combinaison dans le sang, et tant que cette combinaison existe il n'est point sensible; 4.° lorsque l'on rompt cette combinaison, le principe du sang se volatilise, et dès-lors il est non seulement possible, mais même assez facile de reconnaître l'animal auquel il appartient; 5.° dans chaque espèce d'animal le principe odorant du sang est beaucoup plus prononcé, ou en d'autres termes, a plus d'intensité dans le sang du mâle que dans celui de la femelle, et chez l'homme, la couleur des cheveux apporte des nuances dans l'odeur de ce principe; 6.° la combinaison de ce principe odorant est à l'état de dissolution dans le sang, ce qui permet de le développer, soit dans le sang entier, soit dans le sang privé de fibrine, soit dans la sérosité du sang; 7.° de tous les moyens employés pour mettre à l'état de liberté le principe odorant du sang, l'acide sulfurique concentré est celui qui réussit le mieux.

Il suffit pour obtenir ces résultats de verser quelques gouttes de sang ou de sérosité de sang dans un verre; d'y verser ensuite un léger excès d'acide sulfurique concentré, environ le tiers ou la moitié du

volume du sang, d'agiter avec un tube de verre. Immédiatement le principe odorant se manifeste. C'est par ce moyen que peuvent se distinguer facilement les diverses espèces de sang qui vont être dénommées, en désignant l'odeurpropre à chacun d'eux ;

1.° Le sang de l'homme dégage une forte odeur de sueur d'homme qu'il est imposible de confondre avec tout autre ; 2.° celui de la femme, une odeur analogue, mais beaucoup moins forte, enfin, celle de sueur de femme (1) ; 3.° celui de bœuf, une forte odeur de bouverie ou celle de la houze de bœuf ; 4.° celui du cheval, une forte odeur de sueur du cheval ou de crottin ; 5.° celui de brebis, une vive odeur de laine imprégnée de son suint ; 6.° celui de mouton, une odeur analogue à celle de brebis mélangée d'une forte odeur de bouc ; 7.° celui de chien, l'odeur de la transpiration du chien ; 8.° celui du cochon, une odeur désagréable de porcherie ; 9° celui de rat, une odeur désagréable de rat. On obtient des résultats analogues avec le sang des divers volatiles : ainsi le sang des poules, des dindes, des canards et des pigeons, dégage une odeur particulière propre à chacun d'eux. Du sang de grenouille, il s'est dégagé une odeur fortement prononcée de joncs maréeageux, et le sang d'une carpe a fourni un principe odorant semblable à celui du mucus qui revêt le corps des poissons d'eau douce (2).

Il était important de rechercher si, avec des taches de sang appliquées sur du linge et séchées, il serait encore possible de distinguer le principe odorant de chaque sang. M. Barruel s'est assuré par des expériences directes, que, pour peu que la tache ait une certaine étendue, il était facile de reconnaître avec quel sang elle avait été produite, même après plus de quinze jours. Il suffit pour cela

---

(1) M. Barruel n'indique pas s'il a fait des expériences comparatives pour décider si l'odeur caractéristique du sang, qui ne diffère que par l'intensité chez l'homme et la femme, ne varie pas en intensité même suivant les individus et suivant les conditions où ils se trouvent. Dans le cas où cette variation existerait, comme on peut déjà l'inférer de ce qu'a dit précédemment M. Barruel, il ne serait pas permis, en médecine légale, de prononcer que le sang examiné est du sang d'homme ou de femme, du moins on ne pourrait guères émettre que des présomptions.

(2) Puisque l'odeur du sang paraît participer de celle des corps qui environnent l'animal, ne serait-il pas utile de s'assurer par des expériences si chez l'homme et les autres animaux, certaines circonstances, telle que le séjour dans diverses atmosphères, l'ingestion de substances particulières, etc., ne modifieraient pas le principe odorant du sang ; si ce principe conserve encore alors un caractère propre à chaque espèce d'animal ?

de découper la portion de linge taché, de la mettre dans un verre de montre, de verser dessus une petite quantité d'eau et de la laisser en repos pendant quelque temps ; quand la tache est bien humectée, on verse dessus l'acide sulfurique concentré, on agite avec un tube et l'on respire. — Ces recherches, suivant M. Barruel, sont importantes en médecine légale, dans le cas de suspicion d'homicide, dans certains cas de viol vrai ou supposé, et surtout dans les cas de défloration simulée. M. Barruel se propose de les continuer pour parvenir à spécifier la nature du principe aromatique du sang. Il a dès à présent de fortes raisons de penser que c'est une substance acide toute particulière, et qu'elle existe dans le sang à l'état de sel (*Annales d'Hygiène publique* et *de Méd. légale*; 1.er Num., avril 1829.)

Distinction des taches jaunes produites par la bile, l'acide nitrique ou l'iode. *Par M. Barruel.* — Toute tache produite par la bile ou sa matière jaune, touchée par une dissolution faible de potasse caustique, ne change point : il n'y a ni diminution, ni augmentation d'intensité de couleur. — Toute tache produite par l'iode, traitée par la même dissolution de potasse caustique, disparaît à l'instant même, et le tissu animal revient à sa couleur naturelle. — Au contraire, toute tache jaune produite sur un tissu animal par l'acide nitrique, prend une couleur plus foncée, et devient jaune orangé; c'est un tache indélébile. — Ces caractères sont suffisans pour prononcer en toute sûreté sur la nature des taches jaunes trouvées dans le canal digestif. (*Ann. d'hyg. et de méd.-lég*, même numéro.)

Académie royale de Médecine. (Mars.)

Académie réunie. — *Séance du* 3 *mars*, 1829. — **Fœtus monstrueux.** — Lettre de M. Lauray, médecin à Chatellerault, relative à un fœtus monstrueux. Au moment de l'accouchement, l'enfant présenta le bras; on fit la version de l'enfant, et l'accouchement fut heureusement terminé; mais l'enfant présenta cette anomalie que le placenta adhérait au cuir chevelu. La tête était un peu plus petite que d'ordinaire, applatie à sa partie supérieure et antérieure, sans os frontal ni arcade sourcilière. Le placenta adhérait dans toute cette étendue à gauche et au centre au cuir chevelu, et se prolongeait jusqu'aux angles internes des paupières par deux bandes ligamenteuses bifurquées; le cordon ombilical tenait au placenta. Au-dessus de l'emplacement de l'œil droit, était une tumeur de forme oblongue,

adhérente au placenta, de la grosseur d'un œuf de dinde, recouverte de quelques cheveux, et qui faisait partie du cerveau dont elle n'était qu'un prolongement. A la place du nez était une éminence solide, sur les côtés de laquelle étaient deux petites ouvertures profondes seulement de 8 à 10 lignes. A la lèvre supérieure était un double bec de lièvre, avec rainure profonde à la voûte palatine. L'œil droit manquait, on n'y voyait que deux petites paupières. La colonne cervicale et la tête étaient inclinées à droite et ne pouvaient être redressées. L'extremité supérieure droite était plus courte et plus petite que la gauche; les doigts étaient adhérens entre eux; les pieds étaient tournés en dedans et en arrière, de sorte que les malléoles externes auraient porté à terre. Cet enfant a vécu 32 heures, et aucune tentative n'a été faite pour séparer le placenta de la tête. Rien n'annonçait qu'une maladie du cuir chevelu ou du placenta ait été la cause de l'adhérence entre ces parties. Les eaux de l'amnios étaient abondantes, et avaient coulé peu de temps avant l'accouchement; la grossesse n'avait présenté aucun accident.

VACCINE. — M. Bousquet, lit au nom de la commission de vaccine, le rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1827. Ce rapport est, comme tous les précédens, partagé en deux parties, une consacrée à l'exposition des diverses mesures administratives prescrites par les autorités pour la propagation de la vaccine; l'autre, toute scientifique, traitant des diverses questions de science relatives à la vaccine.

Nous serons courts sur la première. Partout sont établis des comités de vaccine, et celui du département de l'Ardèche peut être cité comme un modèle. Non seulement les vaccinateurs délégués par les préfets, doivent fournir du vaccin à tous les citoyens, mais ils doivent faire des rapports à l'autorité sur toutes leurs opérations relatives à la vaccine et à la variole. Au mois de novembre, ces vaccinateurs doivent visiter tous les établissemens publics, pour vérifier qu'on n'y admet nul individu qui ne soit vacciné. Dans les hôpitaux, les varioleux doivent être placés dans des salles particulières, et tenus dans l'isolement, même de leurs proches. Le rapport mentionne, parmi les départemens dans lesquels il y a eu plus de vaccinations que dans l'année précédente, les départemens de la Meurthe, de l'Aude, du Finistère, où les vaccinations se sont élevées à 16,187, le double qu'en 1826; le département du Cantal, où il y a eu 5,008 vaccinations, 1648 de plus qu'en 1826; le département d'Eure-et-Loir, où il y a eu 8,085 vaccinations, 1105 de plus que l'année précédente; les départemens de la Haute-Garonne, de la Loire-Inférieure, de la Sarthe, de Seine-et-Oise, où le nombre des vaccinations s'est élevé à 5398, 12,000, 7381, 9120, et où ce nombre a été au-dessus de celui de 1826,

de 756, 2000, 3403, 1200. Les vaccinations au contraire ont été moindres, dans les départemens de la Mozelle de 1840, de l'Oise de 4880, de la Dordogne de 2632, du Haut-Rhin de 6168, de la Haute-Saône de 1466, du Jura, 1023. En général la pratique de la vaccine a été plus répandue, et les épidemies de variole y ont contribué. Le rapport cite parmi les médecins les plus zelés, M.rs Labesque à Agen, Perez à Domfront, Mestivier à St.-Ciers, Gravez à Fresne, Boissonade à Mende, Nedey à Vesoul, Langlois à Beauvais, Benoit à Grenoble; enfin M. Bisseuil, qui partant sur le navire la Thétis, pour un voyage autour du monde, fit provision d'un grand nombre de tubes de fluide vaccin pour en distribuer partout, et trouva la pratique de la vaccine usitée dans presque tous les pays, à Pondichéry, Manille, Isle de Java, etc.

Dans la partie scientifique, le rapport reproduit plusieurs observations déjà faites, savoir : que la vaccine a quelquefois eu un développement plus tardif, a suspendu sa marche pendant le cours d'une maladie incidente, a marché de concert sur un même sujet et avec la fausse vaccine et avec la variole, a exercé une révulsion heureuse sur des dartres, des croûtes laiteuses, des ophthalmies, etc. Il réfute l'opinion de M. Deschamps, médecin à Cirey, que le vaccin, transmis de la vache à l'homme, a dégénéré, comme il arrive, d'une semence qu'on transplante sur un sol étranger; et mentionne les expériences de M. Pourcelet, qui prouvent qu'on peut ajouter de l'eau au virus vaccin, pour faciliter son envoi dans des tubes, sans lui faire rien perdre de sa puissance préservative. L'effet préservatif de la vaccine est de plus en plus constaté, bien qu'il ne soit plus possible de nier que la variole n'ait atteint quelques vaccinés; mais ce malheur n'a été observé que dans des épidémies, et dans ces épidémies, les varioleux eux-mêmes n'étaient pas plus affranchis; dans la seule ville de Digne, M. Honorat a vu la variole épidémique récidiver chez douze varioleux, et l'on ne peut conséquemment exiger de la vaccine plus que de la variole elle-même. Du reste, M. Honorat, dans l'épidémie variolique de Digne, MM. Robert, Bousquet, Favart, dans celle de Marseille, ont remarqué que plus la vaccination était récente, moins la variole avait d'influence, ce qui est tout-à-fait contraire au soupçon que l'on avait élevé, que la vaccine avait dégénéré. Seulement, il paraît que la résistance à la variole que la vaccine imprime à l'économie, s'affaiblit avec le temps; et de là le conseil donné par quelques médecins de renouveler de temps en temps la vaccine sur le même sujet dans le cours de la vie; cette pratique ne peut être au plus qu'une précaution inutile. M. Robert, de Marseille, présume que les vaccinés qui n'avaient eu que un ou deux boutons, ou dont les boutons avaient été ouverts avant l'achèvement de leur dessica-

tion, ont été de préférence atteints par l'épidémie variolique; mais la commission ne regarde pas cette assertion comme prouvée. Quant aux varioleux qui ont été atteints une seconde fois, tour à tour on a dit que la récidive avait été observée chez ceux dont la variole primitive avait été ou très-bénigne ou très-maligne. M. Robert avance encore que l'effet préservatif de la vaccine n'est jamais plus entier que quand on laisse les boutons intègres jusqu'au quinzième et 16.e jour; mais la commission combat cette erreur qui nuirait considérablement à la pratique de la vacciuation; généralement on vaccine du septième au neuvième jour, et, si l'assertion de M. Robert était vraie, la plupart des vaccinés des deux mondes ne devraient pas être rassurés contre le fléau dont ils ont voulu s'affranchir. M. Bousquet, de Paris, a, par des expériences directes, prouvé l'erreur de M. Robert; il a vacciné avec des boutons qui commençaient à peine à poindre; et, cautérisant aussitôt après ces boutons pour y éteindre tout travail, les individus ne s'en sont pas moins trouvés préservés du fléau; vainement, par exemple, il les a soumis à de nouvelles vaccinations. Rien de plus sûr donc que la vaccine préserve, du moment qu'elle peut se reproduire dans un autre individu; de ce moment, elle est elle, c'est-à-dire anti-variolique. Du reste, si la vaccine n'a pas toujours empêché la variole de survenir, au moins elle mitige cette maladie, la rend plus douce, d'où le nom de *varioloïde* qu'on lui donne alors. Le rapport que nous analysons établit en effet que la variole et la varioloïde ne sont qu'une même maladie qui ne diffère que par le degré: tout est semblable dans la première période, dans les huit premiers jours, au point que les meilleurs médecins ne peuvent jusqu'alors les distinguer l'une de l'autre; mais tandis que l'éruption de la variole se prolonge du huitième au dix-huitième jour, celle de la varioloïde passe aussitôt à la dessication, et tout est fini au onzième jour. La varioloïde a aussi bien plus de bénignité; cependant l'épidémie de Marseille a présenté quelques cas où elle a été suivie de mort. Cette épidémie de Marseille a été à la vérité une des plus meurtrières qu'on ait vue; en moins de trois mois elle a fait succomber 1071 personnes. La société de médecine de Marseille a calculé que la population soumise à l'épidémie a été de 40,000 âmes, sur laquelle il y avait 30,000 vaccinés, 8,000 non vaccinés, et 2,000 varioleux. Or, sur les 30,000 vaccinés, 2,000 ont été atteints, c'est-à-dire 1/15.e, et 20 sont morts, c'est-à-dire 1/100.e: sur les 8,000 non vaccinés, la moitié, 4,000 ont été atteints, et un quart des malades, 1,000, sont morts: enfin, sur les 2,000 varioleux, 20 ont été atteints, c'est-à-dire 1/100 e, et 4 sont morts, c'est-à-dire 1/5.e En un mot, les vaccinés ont perdu un individu sur 1,500, les variolés 1 sur 500, et les non vacciués 1 sur 8. Peut-on trouver en faveur de la vaccine un

argument qui vaille ce chiffre. Du reste, et l'observation et des expériences ont prouvé cette assertion de la commission, que la variole et la varioloïde sont une même maladie. A Digne, l'épidémie de variole fut apportée par un séminariste, et frappant d'abord 30 élèves du séminaire, elle développa chez eux tantôt la variole, tantôt la varioloïde, selon que ces élèves n'avaient pas ou avaient été vaccinés. A Marseille, les médecins ont vu tour à tour dans l'épidémie la variole engendrer chez des vaccinés la varioloïde, et la varioloïde produire, chez des individus non vaccinés, la variole. Enfin, des expériences de M. Lafon-Gouzy, à Toulouse, et de M. Dugat, à Orange, ont aussi prouvé l'identité des deux maladies; l'inoculation de la varioloïde a déterminé, tantôt des varioles analogues à celles qui viennent spontanément, tantôt des varioles mitigées comme celle qu'on obtient par l'inoculation de cette maladie. A la vérité M. Guillou, à Saint-Pol de Léon, ayant inoculé, faute de vaccin, la varioloïde à plus de 600 personnes, pour les affranchir d'une épidémie variolique, dit avoir obtenu, par cette opération, une vaccine, et une vaccine préservative; mais ce médecin avait été induit en erreur, en ce que les boutons de varioloïde inoculée ressemblent beaucoup aux boutons vaccins, comme il en est du reste de ceux de la variole elle-même, ainsi que l'avait déjà remarqué Jenner. En somme, la commission professe pleinement l'identité d'origine et de nature de la variole et de la varioloïde: M. Robert, de Marseille, étend même cette identité à la vaccine. Ce qu'il y a de sûr, c'est que ces deux affections se repoussent mutuellement; leur différence principale est que généralement la vaccine se borne à quelques pustules, tandis que la variole s'accompagne presque constamment d'une éruption générale. Or, comme c'est celle-ci qui fait tout le danger de la maladie, on sent de quel avantage est la vaccine, qui affranchit presque toujours de l'éruption générale.

Séances des 7, 14, 17 et 21 mars. — Continuation en comité secret de la discussion relative aux questions soumises à l'Académie par le tribunal de Domfront, touchant une action judiciaire intentée à un accoucheur, pour le fait de la pratique que cet accoucheur a mise en œuvre. Pour ne pas manquer à la réserve que nous nous sommes imposée déjà dans notre précédent numéro, nous croyons devoir nous taire sur tout ce qui nous a été dit de ces séances. Nous reviendrons sur toute l'affaire, quand le rapport médico-légal, qui est demandé à l'Académie, sera fait et connu. Nous savons seulement que le projet de rapport qu'avait présenté la commission a été rejeté; que l'Académie a arrêté l'esprit des réponses qu'elle veut faire à chacune des quatre questions posées par le tribunal, et qu'elle a nommé une nouvelle commission pour rédiger le rapport d'après ces bases arrêtées par elle.

Séance du 31 *mars.* — Usage du maïs. — Lettre de M. Bossange père, qui offre un herbier artificiel composé de 486 liliacées, peintes par Redouté, valant plus de 1,400 francs, pour être donné en prix à l'auteur du meilleur mémoire sur *l'usage du maïs, considéré comme aliment de l'homme, des femmes qui allaitent, et des enfans en bas âge.* Déjà M. Bossange a donné à la société d'horticulture un herbier artificiel de 168 roses peintes par Redouté, pour être donné en prix à l'auteur du meilleur mémoire *sur la culture du maïs.*

Champignons. — M. H. Cloquet, au nom d'une commission, lit un rapport sur un ouvrage de M. Descourtilz, intitulé : *Des champignons comestibles, suspects et vénéneux, et des moyens de neutraliser les effets des espèces nuisibles*, et sur la valeur duquel le ministre demande l'opinion de l'académie. La commission exprime que cet ouvrage est composé de manière à être utile à toutes les classes de lecteurs ; 200 espèces y sont décrites et représentées dans un atlas composé de dix planches coloriées. L'habitation, les caractères botaniques, le volume, la couleur, la consistance, l'odeur, les propriétés physiques et chimiques et l'influence sur l'économie animale, sont indiquées. M. Descourtilz a poussé le soin jusqu'à spécifier la préparation culinaire qui convient à chaque espèce comestible; les essais qu'il a eu le courage de faire lui-même des espèces délétères, et les remèdes qu'il a opposés à ceux-ci.

Vente de l'arsénic. — M. Ollivier, d'Angers, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Lemolt, inspecteur adjoint des eaux de Bourbonne, relatif aux *dangers que présente la vente de l'arsenic, et aux moyens d'y remédier*, et sur lequel le ministre demande l'avis de l'académie. M. Lemolt conseille de ne mettre l'arsenic en vente que lorsqu'il aura été mélangé avec une substance colorante, comme le noir d'ivoire, ou odorante, comme le musc, impossible à détruire, et propre à le faire reconnaître sans lui rien enlever de ses propriétés. La commission avait applaudi à cette vue de M. Lemolt. Mais l'Académie arrête après discussion, sur la proposition de M. Pelletier, qu'il sera écrit au ministre que c'est par un moyen autre que celui imaginé par M. Lemolt, qu'il faut chercher à remédier aux dangers auxquels expose la vente de l'arsenic. *Voyez* t. XVIII, p. 602, une discussion sur ce sujet.

Influence des marais. — M. Itard, au nom d'une commission, propose que l'académie appuie la demande que fait M. Villermé à l'autorité, d'obtenir la communication de tous les documens statistiques du gouvernement pour continuer ses recherches sur l'influence des marais sur la mortalité. (*Voyez* le tome XVII des *Archives*, page 624.)

Section de médecine. — *Séance du* 10 *mars.* — Nouvelle nomen-

CLATURE MÉDICALE. — M. Andral fils, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Laurent, professeur d'anatomie à Toulon; intitulé: *Réflexions sur la nomenclature médicale*. Nous ne ferons pas un extrait de ce rapport, une analyse de cet ouvrage ayant été faite dans le tome XIV de ce Journal.

MALADIES DES SINUS VEINEUX DE LA DURE-MÈRE. — M. Tonnelé continue la lecture de son mémoire sur ce sujet. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, page 455.) Il termine ce qu'il a à dire sur les maladies qui portent sur le liquide qui circule dans les sinus, par deux observations dans lesquelles la concrétion sanguine qui les remplissait contenait, dans leur intérieur, du véritable pus. Il pense que ce pus avait été résorbé de foyers éloignés où il avait été formé, et qu'alors il avait, par son mélange avec le sang, apporté un obstacle à la circulation de ce liquide et causé sa coagulation, surtout dans les lieux où son cours est naturellement plus difficile. M. Tonnelé aborde alors l'histoire des maladies qui siégent dans les parois mêmes des sinus: dans un mémoire, que M. Ribes publia en 1825, il avait été établi que ces sinus peuvent s'enflammer comme les veines, et donner lieu à la formation de fausses membranes dans leur intérieur. M. Tonnelé en rapporte plusieurs observations qu'il range selon que les concrétions pseudo-membraneuses sont avec ou sans suppuration. Parmi les premières, nous signalerons surtout les quatre suivantes: 1.° Un enfant de deux ans, à la suite de la disparition d'un exanthème du cuir chevelu, est pris de quelques accidens cérébraux; morosité, somnolence, contracture des membres, dilatation et insensibilité de la pupille, etc. Après sa mort, on trouve des concrétions pseudo-membraneuses avec suppuration dans le sinus longitudinal supérieur et les veines de la pie-mère, une ecchymose dans le tissu de cette membrane, et un ramollissement superficiel du cerveau. M. Tonnelé accuse ici une maladie de la membrane interne du sinus, formation par suite de fausses membranes, et ramollissement consécutif de l'encéphale. 2.° Une petite fille de deux ans, atteinte d'une ophthalmie scrofuleuse, éprouve tout à-coup quelques mouvemens convulsifs et autres accidens cérébraux, mais qui cessent bientôt pour faire place à des symptômes adynamiques qui causent la mort en quelques jours. L'enfant portait à la région occipitale droite un large ulcère qui avait d'abord été inaperçu. — *Nécropsie*. Sinus latéral droit deux fois plus ample que de coutume, rempli d'un pus épais, fétide, au milieu duquel sont de petites concrétions solides et plusieurs caillots sanguins; la membrane interne de ce sinus est recouverte d'une fausse membrane épaisse; la dure-mère qui le forme, ainsi que la partie correspondante du cervelet, sont couvertes d'une couche de pus, et la substance nerveuse sur laquelle repose ce pus

est dans un état de ramollissement. M. Tonnelé pense qu'ici l'ulcère de la région occipitale a été le point de départ de la maladie du sinus; cet ulcère, transporté par l'absorption dans le sinus, en a enflammé la membrane interne, d'où, production de fausses membranes et imperméabilité de ce sinus au sang. S'il n'en est pas résulté de troubles dans la circulation, c'est que la maladie du sinus ne s'est développée que graduellement. Quant aux symptômes qu'a présentés le malade, M. Tonnelé rapporte les phénomènes convulsifs et cérébraux à la congestion sanguine et à l'inflammation des méninges et du cervelet, et les phénomènes adynamiques à l'empoisonnement du sang par le pus absorbé. 3.° Un enfant de deux ans, depuis longtemps affaibli, meurt tout-à-coup comme étouffé. A l'ouverture, on trouva qu'une certaine quantité de sang avait suinté sous le péricrâne à travers la suture sagittale; le sinus longitudinal supérieur était, dans ses deux tiers antérieurs, distendu par un gros caillot évidemment de formation récente; dans son tiers postérieur, il était revêtu de fausses membranes mêlées à un liquide crémeux; les veines aboutissant à ce sinus étaient très-gonflées; et au centre de l'hémisphère cérébral droit était un vaste foyer apoplectique, lequel avait causé la mort subite de l'enfant. 4.° Enfin, dans une observation qu'a recueillie un des amis de M. Tonnelé, M. Estivaut, le mal siégeait dans les veines iliaque et crurale; il faut noter que le petit malade portait un ulcère à la jambe. Dans les cas où il y avait fausses membranes sans collections purulentes, les effets furent les mêmes, savoir: entrave à la circulation, suffusion du sang à la surface du cerveau, infiltration sanguine du tissu sous-arachnoïdien, hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde, des accidens nerveux et cérébraux, et en quelques cas la mort subite. (M. Tonnelé terminera sa lecture à la prochaine séance.)

Séance du 24 mars. — Alun de Rome. — Lettre de M. Georg, médecin à Boucquémont-sur-Saar, qui vante, pour la guérison des goîtres et pour tous les engorgemens des glandes, l'alun de Rome. On peut l'administrer sous toutes les formes, en dissolution, en poudre, en pilules; mais la dose ne doit pas être de plus de quatre à six grains par jour; à dose plus élevée, il phlogose les voies digestives. Son usage prolongé provoque des furoncles, augmente la couleur et la consistance du sang, et rend de la force à la vue.

Traitement singulier d'une fièvre ataxo-adynamique. — M. Mayor, chirurgien à Lausanne, fait envoi d'une observation de fièvre ataxo-adynamique vainement traitée, au début, par les émissions sanguines, plus tard, par les toniques et les excitans diffusibles, et dans laquelle le malade, déjà à l'agonie, fut très-promptement sauvé par le traitement suivant. On rasa la tête, et on appliqua sur différens

points de cette partie, et ensuite tout le long du rachis, tous les quarts d'heure, un marteau d'un pouce carré, élevé à 80 degrés de chaleur par l'immersion dans l'eau bouillante; chaque application durait quinze secondes; et on les répéta ainsi de quart d'heure en quart d'heure pendant trente heures. En même temps, on employa en frictions successives, sur chaque mollet, sur chaque cuisse, et sans désemparer encore pendant trente heures, dix onces d'onguent mercuriel. Au bout de quatre applications du marteau, de légers mouvemens accusèrent un premier retour de la sensibilité; peu à peu la connaissance revint, et au bout des trente heures la convalescence était assurée. M. Mayor remarque que, malgré l'énorme quantité de mercure employée, il n'y eut aucune salivation; par l'application du marteau chaud, il voulait, par révulsion, dégager le cerveau; et par l'emploi du mercure à haute dose, il voulait obtenir la résorption de l'épanchement qu'il soupçonnait exister dans ce même organe.

Hydropisie, ileus. — M. Bousquet, au nom d'une commission, lit un rapport sur quelques observations adressées à l'Académie par M. Raisin, médecin à Caen. Deux de ces observations avaient trait à des hydropisies ascites compliquées, l'une, de l'inflammation des viscères abdominaux, l'autre, de fièvre quarte. Dans la première, M. Raisin combattit d'abord l'inflammation; il recourut ensuite aux diurétiques, et encore les employait-il en frictions pour ne pas irriter les voies digestives; il obtint la guérison en faisant faire soir et matin, sur l'abdomen et sur les cuisses, des frictions avec un mélange à parties égales de teinture de digitale et de scille. Deux autres observations ont trait à un ileus dans lequel on avait employé sans avantage les antiphlogistiques, et qui cédèrent à des purgatifs. Ce rapport amène une discussion sur la convenance des saignées dans les hydropisies : M. Piorry avance que les saignées y servent moins en combattant une inflammation, qu'en rendant la circulation plus facile, désemplissant les vaisseaux et rendant, par suite, l'absorption plus active; il se fonde en cela sur les expériences de M. Magendie.

Effets du mélange du pus dans le système veineux. — M. Andral fils, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Legallois, intitulé : *Des maladies occasionnées par la présence du pus dans le système veineux.* Dans ce mémoire, M. Legallois cherche à expliquer ces faits si nombreux aujourd'hui, dans lesquels on a trouvé du pus, soit mêlé au sang dans les veines, soit épanché dans divers parenchymes. Ce médecin pense que ce pus, ou a été résorbé d'un point où il s'était formé et a été porté dans les veines, ou a été formé dans les veines par une inflammation de ces vais-

seaux. L'utérus lui paraît être un des organes du corps où la résorption du pus doit être la plus facile, à cause de la disposition anatomique des veines utérines; et comme preuve, il rapporte que son père a vu souvent l'air s'introduire par les sinus utérins dans des femelles d'animaux qui venaient de mettre bas. Ce pus résorbé est ensuite éliminé du sang par les émonctoires naturels, les reins, la peau, la muqueuse intestinale; mais les deux organes que la nature choisit le plus souvent pour cette élimination, sont le poumon et le foie. C'est par cette résorption que M. Legallois explique les abcès du foie dans les plaies de tête; le pus porté par résorption dans l'oreillette droite du cœur reflue avec le sang dans le foie par les veines sus-hépatiques. Quant aux accidens auxquels donne lieu la présence du pus dans les veines, ils tiennent, les uns à l'impression que fait sur les centres nerveux un sang comme empoisonné, les autres à l'irritation secondaire qui s'établit alors en divers organes, et particulièrement dans le tube digestif; ce pus porté dans le foie avec le sang altère la bile, et celle-ci versée dans l'intestin devient pour cet organe une cause puissante d'irritation. M. Legallois, se fondant sur des expériences de M. Magendie qui semblent prouver que toute déplétion des vaisseaux rend l'absorption plus facile, professe qu'il faut s'abstenir des saignées dans tous les cas où l'on craint une résorption purulente, et qu'il y a, au contraire, avantage à user des purgatifs.

Maladies des sinus de la dure-mère. — M. Tonnelé achève la lecture du mémoire dont il a lu les deux premières parties dans les précédentes séances. Cette troisième partie est comme un résumé dogmatique de tout son travail. Ainsi, il peut se développer pendant la vie, dans les sinus de la dure-mère, deux espèces de concrétions, les unes, résultats de la coagulation du sang, les autres, produits d'une sécrétion accidentelle effectuée par les parois du sinus. Les premières, ou sont purement sanguines, ou contiennent du pus dans leur centre. Dans le premier cas, elles sont d'un brun-foncé, consistantes, homogènes dans leur composition, sans interruption dans leur étendue, à la différence de ce qui est des caillots qui se sont formés après la mort, sans adhérence avec la membrane interne des sinus. Formées pendant la vie, elles reconnaissent d'ordinaire pour cause toute circonstance mécanique propre à diminuer ou intercepter complètement le cours du sang; quelquefois cependant, c'est spontanément que le sang s'est coagulé, et par une cause qui, jusqu'ici, a échappé à l'investigation. Dans le second cas, ou le pus est dans un seul foyer au centre de la concrétion, ou il est disséminé dans cette concrétion en plusieurs petits foyers isolés. M. Tonnelé ne croit pas que ce pus soit un produit du sang; il pense plutôt qu'il y a été apporté d'ailleurs sans pouvoir déterminer, du reste, pourquoi ce pus résorbé s'arrête plutôt dans les

sinus. Les concrétions du second ordre, c'est-à-dire qui sont le produit d'une sécrétion effectuée par les parois des sinus, sont appelées, par M. Tonnelé, pseudo-membraneuses, à cause de leur analogie avec les fausses membranes qui se forment dans les autres parties du corps : alongées, cylindriques, exactement moulées sur les parois du sinus dans lequel elles se forment, elles sont d'un gris jaunâtre et de la consistance du blanc d'œuf coagulé; les couches les plus extérieures sont continues, les plus profondes sont comme hachées; à leur centre, est souvent, ou du pus, ou un petit caillot, de petits grumeaux de sang. Elles adhèrent au sinus, ou mécaniquement par les prolongemens qu'elles envoyent dans les veines voisines, ou par un tissu cellulaire plus ou moins serré qui les attache à la tunique interne : celle-ci a conservé son aspect lisse, sa transparence; elle offre seulement quelques stries rouges, une coloration brune; la dure-mère est restée intacte. Selon M. Tonnelé, ces concrétions pseudo-membraneuses ne résultent, ni de l'inflammation d'un caillot sanguin accidentellement développé dans le sinus, ni d'une simple décomposition de ce caillot, mais d'une phlébite du sinus. La cause de celle-ci est difficile à assigner; seulement, dans la plupart des observations de M. Tonnelé, il y avait coïncidence de la teigne et développement simultané de fausses membranes dans plusieurs autres points de l'économie. Différentes par leur forme, leur nature, ces deux espèces de concrétions se confondent du reste sous le rapport de leur siége et des troubles qu'elles apportent dans la circulation cérébrale. Ceux-ci sont, ou une simple stase du sang dans les veines de la pie-mère et la substance du cerveau, et un épanchement de sérosité dans les ventricules; ou une rupture de ces veines, et par suite infiltration du sang sous l'arachnoïde, dans le tissu lamelleux de la pie-mère et même sous le cuir chevelu; ou de vastes épanchemens dans le tissu de la pie-mère, dans la substance du cerveau, produits ou par rupture des vaisseaux, ou par exhalation. Souvent alors la substance cérébrale s'est, par suite, enflammée, et présente un notable ramollissement. Quant aux signes propres à faire reconnaître les maladies du sinus pendant la vie, M. Tonnelé reconnait que malheureusement il n'en est aucuns d'absolus. Il ne peut rien dire non plus du traitement.

SECTION DE CHIRURGIE. — *Séance du 12 mars.* — VARICOCÈLE. — La lecture du procès-verbal de la séance précédente fournit à M. Gimelle l'occasion d'observer que le malade présenté par M. Amussat (*Archives générales de Médecine*, tome XIX, pages 161 et 462) n'est point complètement guéri de son varicocèle, et il rappelle que ce chirurgien a promis de le faire voir une seconde fois. M. Hedelhoffer ne pense pas qu'on puisse avancer que ce sujet ne soit pas guéri : suivant

lui, la petite tumeur qui reste, et qui est formée par la réunion des vaisseaux variqueux oblitérés, prouve plutôt en faveur de la guérison qu'en faveur de l'opinion contraire; de même on voit le résidu des tumeurs anévrysmales qui ont cessé de battre, après le traitement par la compression, s'organiser et se transformer enfin en une sorte de tumeur fibreuse qui ne permet plus à la maladie de se reproduire.

FORME ET DISPOSITION DE L'ÉPIGLOTTE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. — M. Maingault annonce que les recherches auxquelles il s'est livré au sujet du tube laryngien l'ont amené à constater, chez les enfans, une particularité anatomique qui contredit ce que plusieurs membres ont avancé, dans l'une des précédentes séances, sur les difficultés que présente l'introduction de ce tube dans le larynx des enfans naissans. En effet, il a observé que, chez eux, l'épiglotte n'a point un volume proportionnellement aussi considérable que chez les adultes; cet organe, dans les premiers temps de la vie extra-utérine, a la forme et les dimensions d'une très-petite feuille de myrthe, et ne recouvre qu'incomplètement l'ouverture de la glotte; aussi n'offre-t-elle jamais le moindre obstacle au passage d'un tube ou d'une sonde dans la cavité laryngienne.

EXTRACTION D'UNE PORTION DE BALLE. — Un malade portait depuis vingt-huit ans, dans l'épaisseur de la joue, une portion de balle qui y était enclavée. Une série d'accidens graves s'étant alors manifestée, M. Lisfranc y mit fin, trois mois après, en procédant à l'extraction du corps étranger à la présence duquel ils étaient dus; il dépose ce morceau de balle sur le bureau.

RÉSECTION DU COL DE L'UTÉRUS. — M. Lisfranc présente un col utérin carcinomateux dont il a pratiqué l'ablation, huit jours auparavant, sur une femme qui n'a pas éprouvé le moindre accident pendant cette amputation, quoique l'incision, en forme de godet, ait pénétré jusqu'au corps de la matrice. Il annonce en même temps que deux femmes, devenues enceintes après avoir subi cette opération, sont arrivées au terme ordinaire de la grossesse et sont accouchées fort heureusement : l'une d'elles, qui avait déjà eu plusieurs couches très-promptes, est restée en travail pendant quarante-huit heures; l'autre, qui accouchait pour la première fois, a été délivrée après deux heures de douleurs seulement : dans ces deux cas, les suites de l'accouchement n'ont rien présenté de particulier, et les deux femmes se sont très-bien rétablies et jouissent actuellement d'une excellente santé.

FISTULES STERNALES. — Un homme portait, depuis 1826, sur le sternum, largement dénudé, six fistules qui s'étaient développées sans cause connue; il entra à l'hôpital de la Pitié. La suppuration était excessivement abondante depuis trois mois; il existait des callosités

considérables, et la santé dépérissait avec rapidité. M. Lisfranc pensa d'abord, qu'à l'imitation de Galien et de MM. Boyer et Genouville, il serait obligé d'enlever le sternum en totalité, ou du moins partiellement; mais l'état des parties molles qui recouvraient cet os se trouvant dans un état tout-à-fait mauvais, il dut, avant de rien arrêter à cet égard, songer à l'améliorer. Il prescrivit donc des applications réitérées d'un grand nombre de sangsues, et à l'aide de ces émissions sanguines, il parvint à faire disparaître les douleurs et l'augmentation de chaleur; alors il mit en usage les *fondans*, et, sous l'influence de cette médication, les fistules se fermèrent. Depuis six semaines, le malade paraît entièrement guéri, et M. Lisfranc le présente à la section.

Tumeur et fistule lacrymales. — Le même chirurgien présente encore une femme qu'il a guérie d'une tumeur et d'une fistule lacrymales, dans l'espace de quinze jours, et sans recourir aucunement à l'opération. Il a prescrit successivement une saignée du bras, des applications réitérées d'un grand nombre de sangsues autour des oreilles, des cataplasmes émolliens, des fumigations de même nature dirigées, à l'aide d'un entonnoir, dans les fosses nasales, des fumigations résolutives, un purgatif léger, et des vésicatoires à la région mastoïdienne: ce traitement a fait complètement disparaître la tumeur, et la fistule a cédé enfin à des injections de chlorure de soude d'abord à un degré, puis à trois degrés. Cette cure, obtenue il y a un mois, ne s'est pas démentie depuis cette époque. M. Lisfranc assure que, sur dix de ces maladies, il en guérit ordinairement huit à l'aide de ces moyens.

Séance du 26 mars. — **Tube laryngien.** — Le ministre du commerce et des manufactures écrit à l'Académie pour lui demander le prompt renvoi des pièces relatives au tube laryngien de M.me Rondet, et l'Académie décide, après une discussion qui s'élève à ce sujet, qu'on les lui fera passer sans y joindre de rapport. A cette occasion, M. Maingault annonce que, dans les expériences qu'il a faites avec cet instrument, il a pu constater un fait signalé déjà par M. Dutrochet, savoir: que, lorsqu'on insuffle avec force de l'air dans les voies aériennes d'un enfant mort ou d'un animal quelconque, cet air, en revenant à travers le larynx, produit un son analogue à celui qui est propre à l'enfant ou à l'animal sur lequel on fait l'expérience.

Taille bilatérale. — M. Souberbielle adresse une lettre à la section; il y rappelle qu'il y a environ quatre ans M. Dupuytren lut à l'Académie un mémoire dans lequel il se donna comme l'inventeur de la taille bilatérale, que Béclard réclama aussitôt la priorité comme ayant pratiqué cette opération dès 1813, que M. le professeur Delpech la revendiqua ensuite comme l'ayant démontrée depuis plus de

quinze ans ; enfin, qu'en 1805, Morland, de Dijon, soutint sur ce sujet une thèse dans laquelle il fait honneur à MM. Chaussier et Ribes de l'invention de ce procédé opératoire. Suivant M. Souberbielle, c'est à Ledran qu'est véritablement due la priorité ; car il a décrit avec clarté et précision cette opération, sous le nom de *taille latérale double*, dans un ouvrage intitulé : *Suite des parallèles des différentes manières de faire l'extraction de la pierre*, présenté à l'Académie et imprimé en 1756. M. Souberbielle ajoute encore que M. Dupuytren n'a pas plus de droits à l'invention du lithotôme caché à deux lames qu'à la taille dont il vient d'être question, et que Louis se servait de cet instrument, qui, d'après Chaussier, est indiqué par Tagout, Franco et Fleurant. Enfin, il promet de démontrer incessamment la supériorité de la taille latérale du frère Jacques sur la taille bilatérale. M. Lisfrane s'élève contre la première assertion ; il était présent, dit-il, à la séance dans laquelle M. Dupuytren fit sa communication, et ce professeur ne s'est point présenté comme l'inventeur de la taille bilatérale. MM. Baudelocque et Yvan affirment également, au sujet du lithotôme double, que M. Dupuytren n'en a jamais réclamé l'invention. M. Ribes déclare que la taille bilatérale n'est point due à Ledran, ainsi que l'avance M. Souberbielle, et il le démontrera dans une note qu'il se propose de publier sous peu sur cette opération.

Hydrocèle. — M. Kéraudren lit, au nom de M. Brossard, chirurgien de marine, une note sur une observation d'hydrocèle qu'il a vue pratiquer à Pondichéry par un musulman, et sur une espèce d'aiguille exploratrice usitée dans ce pays pour reconnaître la présence du liquide dans la tunique vaginale. M. J. Cloquet se sert depuis très-long-temps de ce moyen : il a toujours, dit-il, une tige analogue dans sa trousse, et il offre de la présenter à l'Académie.

Croup chez un adulte, et trachéo-laryngotomie. — M. Gimelle lit quelques observations sur le mémoire adressé par M. Bulliard sur ce sujet. Un adulte ayant été affecté du croup, on fut obligé, pour prévenir la suffocation, de pratiquer la trachéo-laryngotomie, à la suite de laquelle le malade survécut dix-huit mois, mais portant continuellement une canule d'argent dans le larynx et la trachée pour permettre le passage de l'air ; ce sujet a succombé enfin à une phthisie tuberculeuse. M. Gimelle pense que, dans le croup, l'obstacle à la respiration ne dépend pas seulement de la présence de la fausse membrane dans les conduits aérifères, mais encore d'une constriction de la partie supérieure du larynx, puisque le malade dont parle M. Bulliard ne pouvait, quoique guéri, respirer sans le secours de la canule.

Sarcocèle. — M. Hervez de Chégoin fait, en son nom et en celui de

MM. Ribes et Murat, un rapport sur un mémoire de M. Rocques, relatif à un sarcocèle dont les progrès n'ont été arrêtés ni par les émolliens et les saignées locales, ni par les préparations d'iode, les frictions mercurielles, et dont l'ablation fut suivie du développement d'une tumeur énorme dans la cavité de l'abdomen qui fit périr le malade deux mois sept jours après l'opération. A la suite de ce fait qui lui est propre, M. Rocques rapporte deux autres cas analogues qui lui ont été communiqués, et qui, tous deux se terminèrent par la mort.

De ces différens faits, M. Rocques tire les conclusions suivantes: 1.° l'opération ne guérit pas toujours le sarcocèle; 2.° elle est souvent suivie de tumeurs dans l'abdomen; 3.° il n'y a point de signes certains qui annoncent quand il faut opérer ou quand on doit s'en abstenir; 4.° bien souvent on guérit des sarcocèles par des médicamens et sans recourir à l'opération; aussi serait-on répréhensible de se trop hâter; 5.° il est difficile de reconnaître la diathèse cancéreuse dès le commencement de l'infection générale, mais quand celle-ci existe, il vaut toujours mieux opérer et se conformer au précepte de Celse, *melius anceps quàm nullum experiri remedium.* L'auteur cite aussi, à cette occasion, les succès obtenus par M. Lisfranc, qui a réussi à prévenir la récidive de quelques cancers au moyen d'émissions sanguines locales: lui-même est arrivé à un résultat aussi heureux chez un sous-officier qui portait un sarcocèle volumineux, et il a obtenu un égal succès dans les épidémies d'orchites aiguës qui ont régné pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1826, et qui étaient précédées d'un engorgement des parotides pendant trois à quatre jours: mais il avoue que cette médication a complètement échoué dans le cas qui fait le sujet de son mémoire, puisqu'il a appliqué plus de mille sangsues avant d'en venir à l'opération.

M. le rapporteur examine successivement les propositions de M. Rocques. 1.° Il pense que le développement des tumeurs cancéreuses dans l'abdomen ou ailleurs est si commun après l'opération du sarcocèle, qu'une observation dans laquelle cette triste conséquence n'aurait pas lieu vaudrait à elle seule cent observations opposées, s'il était bien démontré que la tumeur était du nombre de celles qu'on s'accorde généralement à regarder comme *cancéreuses*; mais, dit-il, il est surtout important de bien s'entendre et de ne point confondre, sous le nom de *sarcocèle*, les indurations de la tunique vaginale, les abcès enkystés, les tubercules du testicule, et spécialement les engorgemens chroniques, vénériens ou autres, etc. Néanmoins, il ne nie pas que l'on ne parvienne quelquefois à guérir complètement de véritables cancers, mais il pense que ces cas sont fort rares; aussi n'est-ce pas sans un grand étonnement qu'il a lu dans l'ouvrage de Samuel

Cooper, que sur 88 malades affectés de cancer, opérés par Hill, et chez quatre desquels seulement la tumeur n'était pas ulcérée, il n'y aurait eu de récidive que chez un septième des sujets. M. le rapporteur pense, contre l'avis de Samuel Cooper et Benjamin Bell, que l'affection n'est point locale, mais bien précédée par une disposition générale. Il combat et rejette surtout la dernière proposition de M. Rocques.

Déchirure du foie, de la rate, des poumons, fractures diverses produites par des chutes. — M. Hervey de Chégoin fait encore un rapport sur un deuxième mémoire du même M. Rocques, relatif à trois observations dans lesquelles des chutes, faites d'un lieu élevé et suivies presque immédiatement de mort, ont donné lieu à des désordres énormes, à des déchirures et ruptures d'un grand nombre de viscères, du foie, de la rate, du rein, du poumon, à des fractures du crâne, de la colonne vertébrale, du bassin, des côtes, à la disjonction de sutures crâniennes et de la symphyse pubienne, à des épanchemens sanguins considérables, à la contusion du cerveau et de la moelle épinière.

M. Roques rapporte ces observations pour prouver la possibilité des ruptures des poumons, du foie et de la rate, comme l'a dit M. le professeur Richerand; mais il ne croit pas avec lui que les lésions soient constamment la cause des abcès dans le foie après les chutes et les plaies de tête; il regarde les abcès comme dépendant le plus ordinairement de la gastro-hépatite qui complique ces accidens. M. Hervez reconnaît que les déchirures du foie et de la rate dans les circonstances précisées ne sont pas rares; mais il conçoit difficilement celles des poumons par le simple ébranlement de ces organes; cependant quelque douteux que puisse lui paraître le fait rapporté par l'auteur, il ne peut le rejetter entièrement puisque ce dernier assure que les fragmens des côtes fracturées n'ont pu atteindre le point du poumon où s'est faite la déchirure.

Absence des deux tiers supériers de l'humérus. — M. J. Cloquet présente un invalide qui, à la bataille de Fleurus, eut les deux tiers de l'humérus droit emportés en partie par un boulet; le reste de cette portion de l'os a été nécrosée et éliminée; le membre, qui a été conservé, ne tient plus au tronc que par le muscle biceps et par les parties molles environnantes. Cependant cet homme se sert de la main droite pour une infinité d'usages; il se sert de son bras mutilé pour porter une chaise et d'autres objets; il peut même soulever avec lui des fardeaux assez lourds. — M. Yvan, qui connaît ce militaire, a vu plusieurs autres individus de l'Hôtel-Royal des invalides dans un cas semblable; il en est même un plus remarquable, chez lequel une partie assez considérable du fémur a été enlevée; néan-

moins cet invalide conserve la faculté de se servir de son membre mutilé.

Maladie de l'oreille moyenne. — M. J. Cloquet présente encore une pièce d'anatomie pathologique ; c'est l'oreille d'un sujet longtemps affecté de surdité : on y voit la cavité du tympan dilatée outre mesure, et la portion pierreuse du temporal usée. Ces deux altérations singulières ont été produites par le développement ou l'accumulation d'une matière cérumineuse qui s'est durcie dans l'intérieur de la caisse, et qui s'enlève par écailles en formant des espèces de fausses-membranes.

VARIÉTÉS.

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL DES HÔPITAUX.

Lettre à Messieurs les membres du Conseil général des hôpitaux, sur la question de savoir s'il convient ou non de conserver des chirurgiens en chef dans les hôpitaux civils; par M. Gerdy, *chirurgien en second de l'hôpital de la Pitié.*

Dans le règlement provisoire relatif à l'organisation du service médical des hôpitaux, rédigé par le conseil d'administration, et soumis à l'examen des médecins et chirurgiens de ces établissemens, un article abolit l'institution des médecins et des chirurgiens en chef. La commission nommée par les médecins et chirurgiens pour répondre au vœu bienveillant du conseil d'administration, a proposé, entr'autres modifications apportées au projet, la conservation des chirurgiens en chef. M. Gerdy a cru devoir protester contre cette partie du travail de la commission, adopté en masse et sans discussion par le plus grand nombre des médecins assemblés pour en entendre la lecture. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire en entier la lettre que ce savant et jeune chirurgien a adressée au Conseil. Écrite avec une sage mesure, mais avec fermeté et indépendance, elle ne peut laisser aucun doute sur la nécessité de la réforme que le Conseil lui-même a eu la sagesse de provoquer. On en pourra juger par la courte citation que nous allons faire.

« Dans les hôpitaux où il existe plusieurs services de chirurgie, où l'un des chirurgiens a sur ses collègues la supériorité d'un chef, il est bien difficile qu'il reste inaccessible aux atteintes de la *jalousie de profession*, si l'un de ses collègues, son inférieur dans la hiérarchie des hôpitaux, plus heureux, ou même supérieur en talens, l'efface par l'éclat de ses succès. Qu'y a-t-il en effet de plus difficile à supporter pour un chef, que ce bruit universel qui répète sans cesse le nom d'un subordonné ; que l'enthousiasme des

élèves qui l'exalte; que cette renommée enfin qui lui acquiert les suffrages de l'opinion et lui donne, à défaut de l'autorité, une prépondéranee menaçante. N'oublions pas que l'amour-propre est de tous les sentimens le plus irascible et le plus inflammable : aussi ne nous faisons pas illusion sur la vertu des hommes; ils sont tous les mêmes, ils sont tous soumis aux mêmes faiblesses, seulement à des degrés différens. Des confrères et des collègues sont tous des rivaux, des rivaux sont tout près d'être des ennemis, et, s'il est des cas où l'indépendance soit nécessaire entre les hommes, c'est surtout quand ils sont opposés les uns aux autres dans leurs intérêts. En effet, renversez cette barrière : un mauvais exemple sera donné par l'ambition d'un chef effrayé de la réputation ou de la popularité de son second, et il trouvera des imitateurs. Il faut une certaine audace et un certain mérite pour commencer en ce genre; une âme et une ambition communes ne l'oseront pas toujours; mais une grande ambition, appuyée d'un grand talent, l'osera, et ensuite il se trouvera toujours trop d'hommes médiocres qui, à moins d'être pères, parens ou amis de leurs chirurgiens en second, chercheront à étouffer les germes de leurs talens naissans, se présenteront partout comme obstacle à leurs progrès, et qui peut-être même, abusant de l'autorité de leur rang, les opprimeront d'une main invisible jusque dans la société, jusque dans leur pratique particulière.

« .... Ils nuiront à l'humanité en empêchant ou en retardant les progrès de l'art, parce qu'ils diminueront les ressources de la chirurgie future. Ils nuiront encore aux malades, parce que, pouvant s'emparer à volonté d'un service immense qui exigerait les soins de deux ou trois chirurgiens, ils s'en empareront fréquemment. Quelle que soit alors l'activité d'un chef, j'ose affirmer qu'il ne pourra y suffire, que les malades en souffriront; car, ainsi que l'a dit M. Dupuytren tout récemment, dans le rapport que j'ai cité plus haut, et je ne saurais trop le répéter : il n'est pas possible de bien soigner plus de cent malades, et on ne sait si l'on ne doit pas plutôt les plaindre que les féliciter d'une activité aussi dangereuse. Peut-être même devrait-on diminuer encore ce nombre pour un chirurgien, parce que les pansemens importans réclament pour la plupart, beaucoup de temps. Des chirurgiens en chef nuiront encore à l'humanité en continuant à *monopoliser*, pour ainsi dire, en leurs mains la haute chirurgie, et en continuant à la tenir à un prix si élevé, que ses secours deviennent presque des malheurs pour les fortunes médiocres. »

M. Gerdy passe ensuite en revue les objections que l'on a faites à l'abolition des chirurgiens en chef, telles que la jeunesse et l'inexpérience des chirurgiens qui entreraient dans les hôpitaux, leur témérité et leur désir de se faire un nom par des opérations brillantes et hardies, etc. etc., il n'a pas de peine à renverser ces faibles raisons.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de physiologie pathologique rédigé suivant les principes de la nouvelle doctrine médicale ; par L. J. Bégin, *docteur en médecine, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, etc. Paris,* 1828, *in-8.°* 2 *vol.*

Quoiqu'on ait toujours considéré, et à juste raison, l'anatomie et la physiologie, comme les deux sciences fondamentales de la médecine, cependant elles ont été le plus souvent isolées l'une de l'autre, et surtout de la pathologie à laquelle elles devaient fournir les lumières les plus propres à éclairer sa marche. Les traités publiés sur cette matière et les nosographies médicales, sont, en effet, autant de preuves qui attestent la réalité de cet isolement ; et pourtant, l'homme est toujours composé des mêmes organes dont l'action régulière ou troublée constitue la santé ou la maladie ; les mêmes lois président à l'un et à l'autre état, et les phénomènes morbides les plus singuliers dérivent des mêmes principes qui dirigent les mouvemens de l'organisme aux époques les plus paisibles de la vie. Envisagée sous ce point de vue, la pathologie devient le complément nécessaire de la physiologie, qui dès-lors embrasse dans son ensemble l'étude de tous les actes organiques, soit qu'ils s'exécutent avec l'uniformité et la régularité propres à l'état de santé, soit que ces mêmes actes organiques se trouvent modifiés, ou entravés par quelque cause morbide. Cette seconde et grande section de la physiologie, jusqu'ici à peine étudiée, est celle dont M. Bégin vient de tracer l'histoire. Déjà, en 1821, dans un travail intitulé : *Principes généraux de Physiologie pathologique*, l'auteur avait consigné les bases de ses idées sur ce sujet important : l'ouvrage que nous annonçons aujourd'hui, contient le développement de ces mêmes idées. Le but qu'il s'est proposé a été de présenter des considérations générales sur le mécanisme de chaque fonction, sur les causes et les développemens des lésions des différens organes, et sur les effets physiologiques de ces lésions : en sorte que toute application spéciale, toute histoire individuelle de maladie, tout résultat particulier ou extraordinaire de la pratique, n'a été indiqué que dans les seuls cas où l'exposition en devenait indispensable comme développement ou comme exemple, pour rendre plus intelligibles les propositions auxquelles il se rattachait.

De tous temps l'observation cliniqüe a démontré combien la constitution propre à chaque individu influe sur le caractère et la marche des maladies dont il peut être affecté. Cette question importante devait donc être la première à examiner puisque sa solution, qui fournit à la médecine pratique les inductions les plus précieuses, sert, en quelque sorte, de clef pour concevoir ou expliquer la production d'un grand nombre de phénomènes pathologiques. Afin de la résoudre, l'auteur étudie successivement l'organisation animale et les propriétés qui la distinguent, la structure des animaux, les propriétés particulières aux divers tissus de l'économie, les variétés de l'organisation humaine et les phénomènes qui en résultent; ces diverses considérations l'amènent naturellement à l'une des parties les plus importantes de la théorie médicale, à la doctrine des tempéramens qu'il divise en quatre classes : 1.° le tempérament sanguin; 2.° le tempérament nerveux; 3.° le tempérament lymphatique; 4.° les tempéramens composés, qui sont les plus fréquens, et dans lesquels un système organique, quoique très-développé, est associé à un autre qui jouit également, mais à un degré moindre, d'un surcroît d'action. L'espace nous manquerait pour discuter convenablement ici les diverses opinions de l'auteur sur chacun des sujets qu'il traite : nous nous bornerons à les indiquer sommairement, et cette indication seule pourra faire juger de l'intérêt ou de l'importance qu'ils offrent. A l'étude des tempéramens succède celle des idiosyncrasies, celle de l'influence des âges, du sexe, des climats et des habitudes sur la constitution des hommes. Ces considérations préliminaires servent d'introduction à l'examen des fonctions de relation qui s'enchaînent dans l'ordre suivant : 1.° sensations internes ou besoins; 2.° excitation encéphalique; recherche des objets propres à satisfaire ces besoins; 3.° actions musculaires destinées à repousser ce qui serait nuisible, ou à s'emparer des corps dont la présence est réclamée par les organes, afin de les faire servir, soit à la nutrition de l'individu, soit à la propagation de l'espèce. A cette série d'actions viennent se joindre les fonctions intellectuelles et les passions dont l'étendue est si grande chez l'homme, et qui exercent une influence si étonnante sur l'ensemble de son organisation. Après avoir envisagé l'homme en rapport avec les objets extérieurs, l'auteur étudie les mouvemens intérieurs qui entretiennent l'existence de l'individu, et servent à continuer celle de son espèce, en un mot, les fonctions nutritive et génératrice, auxquelles se rattache l'histoire de la circulation, des sécrétions, celle du sang considéré sous le double rapport de son action et des altérations qu'il peut subir. Parmi les points nombreux que M. Bégin examine et discute, il en est plusieurs où nous aurions pu combattre les opinions qu'il cherche à établir;

mais en annonçant un travail aussi important, il nous a semblé bien plus utile d'en indiquer l'ensemble, que de nous attacher à quelques faits de détail.

Nous avons rappelé en commençant, que la physiologie et la pathologie s'éclairaient mutuellement ; que, sans une connaissance approfondie de la première, le praticien ne pouvait obtenir cette réunion des documens qui peuvent seuls le faire procéder avec méthode au traitement des maladies. Cette réflexion suffit, d'après ce qui précède, pour faire apprécier toute l'importance de l'ouvrage de M. Bégin, et nous ne doutons pas qu'il ne soit recherché avec empressement par tous les médecins pour lesquels la pratique de leur art ne consiste pas dans un empirisme aveugle ; mais dans l'application de principes raisonnés fondés sur l'étude des lois de l'organisation.

Cours de physiologie générale et comparée, professé à la Faculté des Sciences, par M. Ducrotay de Blainville, *membre de l'Institut. Publié par les soins de M. le docteur* Hollard, *et revu par l'auteur.* (L'ouvrage est publié par leçons qui forment chacune une livraison de deux feuilles d'impression. Les six premières ont paru.) *Paris, in-8.° Chez Rouen frères.*

Depuis que la science de l'organisation voit ses limites reculées chaque jour par les investigations des anatomistes et des naturalistes, et que ces recherches nombreuses ont démontré que tous les êtres organisés offrent dans leur composition, au milieu des formes les plus variées qu'ils puissent présenter, un plan général dont on retrouve constamment des traces dans ceux-mêmes qui sembleraient s'en écarter davantage, le domaine de la physiologie a dû nécessairement s'agrandir, et ses principes acquérir plus de précision. En effet, quand on embrasse l'étude de la vie dans toute la série animale, on sent le besoin de remonter à des lois générales, de lier ensemble tous les phénomènes des corps organisés, et en se plaçant ainsi à la hauteur qu'une connaissance approfondie de la structure des animaux peut seule faire atteindre, le physiologiste peut envisager la nature dans son ensemble, et rechercher les lois générales de la vie dans les transformations générales de l'univers.

C'est de ce point de vue élevé que M. de Blainville étudie la physiologie ; aussi la définit-il : « La science qui s'occupe d'analyser les phénomènes qui se passent dans toutes les parties de l'univers, qui peuvent atteindre nos sens dirigés par notre intelligence ; la science qui étudie leurs rapports, et qui remontant par la généralisation des faits aux lois qui les régissent, ou selon le langage ordinaire, des effets à des causes de plus en plus générales, s'arrête, ou doit au moins s'arrêter à l'essence des choses, terme que l'esprit humain ne peut dépasser. »

Cette définition fera juger, mieux que toutes les explications que nous pourrions donner ici, de l'esprit philosophique avec lequel l'auteur traite son sujet. Nous ne chercherons point à en donner des exemples dans cette annonce; mais nous aurons soin de présenter chaque mois une analyse des leçons qui se publient, et dont la réunion, si nous en jugeons d'après celles que nous avons sous les yeux, formera un des ouvrages les plus importans.

Essai sur l'expectation en médecine ; par FALLOT, *docteur en médecine, officier de santé militaire de première classe, etc. Liège*, 1828, *in*-8.°, 34 *p. A Paris, chez madame Delaunay, libraire.*

Cet opuscule est d'un partisan de la doctrine physiologique qui s'est montré capable d'en soutenir les dogmes avec talent; mais qui, dans l'adhésion toute entière de son esprit à cette doctrine, n'a fait aucun effort pour chercher de nouvelles preuves à l'appui de la question qu'il traite. En effet, M. Fallot montre très-bien que la méthode expectante ne s'appuie que sur des théories erronées ; que ses fauteurs les plus déclarés étaient loin d'y être fidèles lorsqu'ils connaissaient la nature de la maladie, et même dans les cas où ils l'ignoraient complètement. Mais est-il en droit de conclure, comme il se le demande, que, s'il est constant que *toutes les maladies sont locales*, qu'*elles consistent toutes dans l'augmentation ou la diminution des mouvemens vitaux ou organiques*, que les symptômes dont elles sont accompagnées *suffisent* pour reconnaître et leur siége et leur caractère; que les évacuations, dites critiques, ne sont pas la cause, mais les effets de la solution de la maladie ; est-il en droit de conclure que la médecine d'expectation doive être abandonnée? Nous ne le pensons pas. Les propositions dont M. Fallot déduit la nécessité de rejetter l'expectation, sont aujourd'hui un objet de controverse ; et lors même qu'elles seraient unanimement adoptées, nous ne croyons pas que la conclusion qu'en tire cet auteur en soit la conséquence nécessaire. M. Broussais jadis avait ainsi posé la question et l'avait résolue par le même genre de preuves, dans les écrits où il se proposait de renverser les anciennes doctrines, et où il préludait à sa réforme médicale. Ce célèbre médecin ne pouvait et ne devait pas procéder autrement. Mais aujourd'hui d'autres questions doivent être soulevées; c'est par des preuves directes qu'il faut démontrer la nécessité de rejetter ou d'admettre la méthode expectante, et non par des idées théoriques qui ont elles-mêmes besoin de démonstrations. C'est à l'aide des faits que l'on doit chercher si les lé-

sions des organes ont, dans la plupart des cas, une tendance à se guérir; si les médications par lesquelles on prétend hâter la guérison de celles mêmes dont la nature et le siége sont parfaitement connus, ont réellement cet effet; enfin, si dans le cas où les médications auraient ce pouvoir, il y a toujours plus d'avantages à les employer qu'à abandonner les lésions organiques à elles-mêmes, en se contentant de les soustraire aux causes qui peuvent les entretenir, etc. Or, c'est ce que n'a point fait l'auteur de la brochure que nous annonçons. S'il n'a pas traité le sujet qu'il s'y propose, on y trouve en revanche des pages fort bien pensées, sur la méthode philosophique appliquée à l'étude de l'organisme, sur l'action physiologique et morbide des organes, sur leurs fonctions et ce qu'on a nommé propriétés vitales, et en particulier sur les fonctions du cerveau, pour lesquelles il soutient qu'on ne doit pas faire une règle à part, malgré leur nature toute spéciale. A ce titre seul l'opuscule de M. Fallot mériterait l'attention.

Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal; par A. J. Jobert, *docteur en médecine, prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, etc. Paris*, 1829, *in-8.° 2 vol.*

Si l'auteur s'était borné à rassembler dans un seul ouvrage, ce qu'on trouve écrit sur la pathologie chirurgicale de l'intestin dans tous les traités de chirurgie et dans quelques mémoires *ex professo*, nous nous bornerions à annoncer le livre en renvoyant pour faire connaître ce qu'il renferme, aux ouvrages élémentaires que chacun possède. Mais M. le docteur Jobert ne s'est pas seulement attaché à reproduire avec exactitude ce que l'expérience a consacré, ses propres recherches l'ont conduit à des résultats nouveaux, soit sous le rapport du diagnostic des lésions de l'intestin, soit sous celui de la nature de ces lésions et de leur traitement : cette partie de l'ouvrage étant la seule véritablement originale, nous allons indiquer quelques-uns des points où les observations de l'auteur fournissent de nouvelles lumières sur un sujet déjà si étudié. Le chapitre relatif aux plaies des intestins, contient des faits nombreux desquels il résulte : 1° que la tympanite instantanée, sans lésion extérieure, est un signe certain de plaie de l'intestin ; 2.° que jusqu'à présent on n'a jamais obtenu de cicatrisation immédiate des intestins; 3.° qu'on ne pouvait, par conséquent, obtenir de guérison solide dans les cas de division produite par la gangrène ou par les instrumens ; 4.° la possibilité des cicatrisations immédiates est démontrée aujourd'hui par l'anatomie pathologique et les expériences ; 5.° on peut obtenir une guérison en cinq jours; 6.° une petite plaie guérit seule ; 7.° une

plaie plus large guérit par l'interposition de l'épiploon, ou par le péritoine environnant; 8° une plaie plus large encore guérit par la suture de *Le Dran*, modifiée avec renversement et adossement des séreuses, ou bien en faisant une ligature; 9.° une section presque complète de l'intestin peut être guérie par la suture, par l'interposition de l'épiploon et la suture Ledran; 10.° enfin, dans le cas de section totale, on doit pratiquer l'invagination. Les différens résultats qui précédent, puisés dans l'observation des phénomènes qui se passent chez les animaux, doivent conduire à l'application des mêmes procédés chez l'homme, dans les cas indiqués; on sait que M. J. Cloquet a pratiqué chez l'homme avec un plein succès, la suture de l'intestin d'après le procédé ingénieux de M. Jobert. Nous ne ferons que citer les recherches intéressantes de l'auteur sur l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes; une connaissance précise de la nature d'une affection aussi commune et souvent si douloureuse, doit rendre évidemment plus rationnels les moyens thérapeutiques qu'on lui oppose.

On confond ordinairement dans la description générale des hernies, l'histoire de l'étranglement aigu, de l'étranglement par engouement, de l'étranglement spasmodique; l'auteur a traité de chacun de ces accidens d'une manière spéciale, et nous trouvons encore ici des recherches particulières de M. Jobert, qui méritent de fixer l'attention. Telles sont ses expériences sur la gangrène intestinale à la suite de l'étranglement, lesquelles tendent à prouver; 1.° que la douleur de l'étranglement intense est violente à l'instant même, mais qu'elle finit par s'appaiser; 2.° que les vomissemens sont d'autant moins rapprochés de l'étranglement, que la constriction est plus violente, comme si elle suspendait les mouvemens péristaltiques; 3.° que les vomissemens sont d'autant plus répétés que le canal intestinal et l'estomac contiennent plus de liquide et de matières alimentaires; 4.° que l'on peut distinguer dans la gangrène deux périodes bien distinctes qui sont plus ou moins rapprochées l'une de l'autre : dans la première, la portion gangrénée qui forme l'escarrhe est insensible, sans chaleur, sans mouvement, qu'enfin, elle est flasque, et a une couleur paille-terne; la seconde période est caractérisée par la séparation de l'escarrhe des parties vivantes, par une odeur d'autant plus forte que cette séparation est commencée depuis plus long-temps, et par le peu de cohésion de l'escarrhe; 5.° la membrane séreuse conserve sa résistance plus long-temps que toutes les autres tuniques de l'intestin. D'autres expériences montrent en outre, que l'intestin peu serré cause des vomissemens plus fréquens que lorsqu'il l'est beaucoup, parce que le lien est un excitant pour les contractions de la membrane musculeuse : en second lieu, la circulation veineuse est alors arrêtée, tandis que l'ar-

térielle se continue, d'où résulte l'augmentation de volume de l'intestin; l'intestin peut demeurer ainsi serré pendant un temps plus ou moins long sans que la gangrène s'en empare, mais dans les cas où la compression exercée sur cet organe vient à gêner la circulation, comme cela arrive dans certains étranglemens, là gangrène peut survenir par distension, et la mort résulte de la rupture de l'intestin et de l'épanchement qui en est la suite.

L'histoire des anus contre-nature est présentée avec détail, et les exemples que rapporte l'auteur sont autant de preuves des immenses ressources de la nature dans la guérison de cette infirmité dégoûtante. Il donne une description du procédé opératoire de M. Dupuytren, mais nous avons inutilement cherché celui du docteur Reybard, de Coisiat, médecin à Annonay, qui a employé avec succès un entérotôme de son invention. On a d'autant plus de droit de reprocher cette omission à l'auteur, que son livre devant offrir le tableau complet de l'état actuel de la science sur une opération aussi importante, il aurait dû retracer avec soin la description d'un procédé qui est plus simple, et qui paraît d'une application plus facile et plus prompte dans ses effets que la méthode de M. Dupuytren. Nous nous contenterons de rappeler les expériences et les observations de l'auteur sur les hernies épiploïques, et ses recherches sur l'anneau ombilical. Quant aux autres parties de l'ouvrage, relatives aux diverses espèces de hernies, elles contiennent un résumé très-exact de leur histoire anatomique et chirurgicale : cependant celle des hernies graisseuses eut été plus complète si l'auteur eût consulté une thèse du docteur Th. Bigot, sur ce sujet : ajoutons que l'ouvrage eût acquis un nouveau degré d'utilité, si l'auteur, au lieu de se borner à citer les noms de ceux dont les travaux lui ont souvent servi de guide, eût indiqué avec exactitude les écrits de ces différens auteurs. Il eût ainsi remplacé une nomenclature stérile par une sorte de précis bibliographique qui devenait un complément nécessaire de ses propres recherches. Quoi qu'il en soit, cette analyse sommaire de quelques points du travail de M. Jobert peut donner une idée de son importance et de son utilité pratique.

FIN DU DIX-NEUVIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE DIX-NEUVIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.



Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, n° 20.